Healthy Canadians

A Federal Report on
Comparable Health Indicators 2004

Canada

105-01879/

Healthy Canadians

A Federal Report on Comparable Health Indicators 2004

Canada

This publication can also be made available in/on computer diskette, large print, audio-cassette and Braille upon request.

For further information or to obtain additional copies, please contact:

Health Canada
Ottawa, Ontario K1A 0K9
Tel.: (613) 954-5995
Fax.: (613) 941-5366
E-mail: publications@hc-sc.gc.ca

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2004
Cat. H21-206/2004
ISBN: 0-662-68495-8

This report is available in English electronically at:
<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/datadevelop/health_indicators_e.html>.

November 2004

Message from the Minister of Health

Canadians cherish their publicly funded health care system as part of their national identity and want to know how the system is performing. They are entitled to better and more comparable information on the timeliness and quality of health care services and their health status.

Extensive work has been done since the first set of comparable health indicator reports in 2002. I am pleased to release *Healthy Canadians — A Federal Report on Comparable Health Indicators 2004*. This report is the Government of Canada's response to the commitments of enhanced transparency and accountability in the health care system made by First Ministers in February 2003.

Building on the spirit of collaboration demonstrated throughout the 2002 reporting process, health ministries from all 14 jurisdictions — including the federal government — are reporting on a set of jointly agreed-upon indicators that address the themes of timely access, quality, and health and wellness.

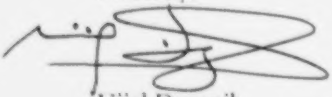
Comparing across jurisdictions allows Canadians to see their governments' progress in renewing and strengthening the health care system. These reports provide a basis upon which areas for improvement can be highlighted and informed decisions can be made.

Indicators that respond to the needs and interests of Canadians have been identified and developed. I would like to thank the citizens who participated in public consultations on health indicators, as well as stakeholders, health ministries, advisory committees, Statistics Canada, the Canadian Institute for Health Information and l'Institut de la statistique du Québec, for their invaluable contributions to the development of this report.

At their September 2004 meeting, First Ministers reiterated the significant progress that has been made since the 2003 Health Accord and agreed on new initiatives, such as reducing wait times, that will build upon this progress. Numerous efforts are under way throughout Canada and across jurisdictions to make health care more responsive and sustainable. However, there is still more work to be done. For instance, indicators under the theme of Sustainability and the priority area of Home Care are currently under development. I am hopeful that additional indicators will be developed over the longer term in order to improve reporting in future years.

I am optimistic that these reports will inform discussions of health system renewal and support a health care system that successfully adapts to the changing needs of Canadians.

Sincerely,



Ujjal Dosanjh
Minister of Health

Table of Contents

Executive Summary v

I Introduction 1

II Overview of the Federal Government's Role in Health 7

III Measuring Performance 11

IV Health Information — Challenges and Next Steps 39

Statement of Responsibility 42

Auditor's Report 43

Annexes

Annex 1: List of 18 Featured Indicators 47

Annex 2: Data Tables for the 18 Featured Indicators 49

Annex 3: List of 70 Indicators 79

Annex 4: Data Source Exclusions and Limitations 83

Executive Summary

The September 2000 First Ministers' Communiqué on Health *gave direction to federal, provincial and territorial health ministers to collaborate on the development of a comprehensive framework of health indicators. Ministers committed to reporting on comparable health indicators that measure health status, health outcomes and quality of health care service. In September 2002, all 14 jurisdictions, including the federal government, released their reports on 67 comparable indicators.*

The February 2003 *First Ministers' Accord on Health Care Renewal* (the Accord) directed health ministers to further develop indicators to supplement the work on comparable indicator reporting. This has resulted in a suite of 70 indicators (available at: <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-401-XIE/2002000/index.htm> or <http://www.cihi.ca/comparable-indicators>) which address a number of themes and priority areas identified in the Accord. The current report — *Healthy Canadians — A Federal Report on Comparable Health Indicators 2004* — is the federal government's report on the 18 health indicators selected by federal, provincial and territorial governments for detailed reporting in 2004. These indicators are based on extensive input from a range of stakeholders and experts, as well as on results of public focus group testing.

Much of the data in this report comes from national data sources provided by Statistics Canada, Health Canada and the Canadian Institute for Health Information. This report also includes limited data on First Nations and Inuit populations.

The following highlights some of the findings in the report.

Timely Access ...

- Canadians are experiencing difficulties accessing health care services — of those requiring services, 16.4% reported difficulty accessing routine or on-going care, 15.8% reported difficulty accessing health information or advice, and 23.8% indicated that they had difficulty getting immediate care for a minor health problem.
- In 2003, Canadians reported waiting three weeks to receive the diagnostic services they needed — unchanged since 2001.

- In 2002, the majority of Canadian households (65.2%) spent, out-of-pocket, a portion of their after-tax income on prescription drugs.

Quality ...

- Hospitalization rates for conditions that could be treated in community-based settings have been declining in recent years in Canada, from a rate of 503 admissions per 100,000 population in 1995–96 to 346 in 2001–02.

- Most Canadians (84.9%) say they were satisfied with the way overall health care services were provided in Canada in 2003.

Health Status and Wellness ...

- In 1999–2000, 5.1% of Canadians aged 20 and over were living with diagnosed diabetes.

- The proportion of Canadian teenagers and adults who rate their health as "excellent" or "very good" has been declining. In 2003, 59.6% of Canadians aged 12 years and over reported that they were in "excellent" or "very good" health, compared to 63.3% in 1994–95.

- Smoking among teenagers is declining — in 1994–95, 20.9% of 12- to 19-year-olds reported that they were current smokers, compared to 14.8% in 2003. After a brief increase, the proportion of teenaged smokers who reported that they were daily smokers has also declined, from 13.6% in 1994–95 to 9.1% in 2003.

- Canadians are becoming more active, reporting an overall increase in activity levels from 39.3% in 1994–95 to 51.0% in 2003.

- Self-reported data show that almost one half (46.9%) of Canadians are overweight or obese. A similar proportion of people are in the normal weight range (47.8%), and 2.8% are underweight.

- Canada's seniors are taking action to prevent getting the flu — the majority (62.1%) got a flu shot during the 12 months before they were surveyed.

Current plans are to develop additional indicators over the longer term, in order to improve reporting in future years.

1

Introduction

The purpose of this report is to inform Canadians on the performance of their health care system, and to assist individuals, governments and health care providers to make more informed choices. Public reporting of comparable indicators is an important component of government accountability to Canadians. This initiative demonstrates that federal, provincial and territorial governments are committed to increased accountability and have invested in strengthening their capacity to report on the performance of the health system.

Background

In 2000, the *First Ministers' Communiqué on Health* directed health ministers in all provinces and territories and the federal government to collaborate on the development of a comprehensive framework of health indicators. The framework was to focus on reporting to Canadians on health status, health outcomes and quality of health care services. Indicators were developed that would allow for comparison across all federal/provincial/territorial jurisdictions in Canada. In September 2002, all 14 jurisdictions, including the federal government, released their reports on 67 comparable indicators. This marked the first time that health ministries from all jurisdictions were concurrently reporting to their constituents on a set of jointly agreed-upon indicators addressing health status, health outcomes and quality of service. The First Ministers committed to reporting to the public every two years.

In February 2003, the *First Ministers' Accord on Health Care Renewal* (the Accord) directed health ministers to develop additional indicators by September 2003, and to include "review by experts and stakeholders, to ensure these new indicators measure progress on achieving the reforms set out" in the Accord. In particular, the Accord focused on several themes: Timely Access, Quality, Health Status and Wellness, and Sustainability.

The Accord reflects the First Ministers' agreement that:

- Each jurisdiction will provide comprehensive and regular public reporting on the health programs and services that it delivers, as well as on health system performance, health outcomes and health status.
- These reports will include the indicators set out in the September 2000 Communiqué, as well as additional comparable

indicators to be developed by health ministers on the specific themes mentioned above.

* Jurisdictions will develop the necessary data infrastructure and collect the data needed for high quality reporting.

The Accord focused indicator development and reporting activities on several specific program and service areas for the health system, such as primary health care and home care services, identifying the development of these services as important strategies for health system reform and sustainability.

Federal/Provincial/Territorial Process

The Federal/Provincial/Territorial Conference of Deputy Ministers of Health directed its Advisory Committee on Governance and Accountability (Advisory Committee) to prepare the plan for comparable reporting, in compliance with the terms of the 2003 Accord. The policy direction for this work was approved by the Deputy Ministers and a working group was established to undertake the technical work associated with the initiative. The working group included representatives from each federal, provincial and territorial jurisdiction, as well as from the Canadian Institute for Health Information, Statistics Canada and l'Institut de la statistique du Québec.

Selection of Indicators

The selection of indicators involved a variety of groups, processes and events. Consultations with stakeholders were undertaken in the form of an invitational workshop with national stakeholder groups in June 2003. Stakeholders were also invited to contribute input by written submissions or via a Web site. Public opinion was collected through a number of focus groups held in January 2004 in five major cities across Canada. This feedback helped to determine the indicators that are important and meaningful to Canadians, as well as to provide information on the public's preferences for the format and presentation of health indicators. Results from public consultations held in some provinces on the 2002 comparable health indicator reports were also considered in the selection of indicators for 2004. A review and rationalization of indicators in two areas (burden of illness and wait times) from the September 2000 *Communiqué on Health* was undertaken, and input from other advisory committees was also considered.

Ultimately, the Advisory Committee on Governance and Accountability recommended a list of 70 indicators to the Deputy Ministers for reporting to the public in November 2004, including a subset of 18 indicators for detailed reporting by all jurisdictions in their printed reports. Data on all indicators, for all jurisdictions, are available on Web sites hosted by the Canadian Institute for Health Information (http://www.cihi.ca/comparable-indicators) and Statistics Canada (http://www.statcan.ca/english/freepub/82-401-XIE/2002000/index.htm).

Additional indicators for reporting will be developed over the longer term, with the goal of improving reporting in future years.

About the 2004 Healthy Canadians Report

This report reflects some significant changes from the 2002 *Healthy Canadians* report:

- ***Themes and priority areas of the 2003 Health Accord*** — The 2004 report reflects the themes and priority areas identified in the 2003 Health Accord (see box, next page).
- ***Focus on 18 featured indicators*** — This report focuses on 18 featured indicators. These indicators are those shown by public opinion research to be of greatest interest or use to Canadians and which could be reported on by most jurisdictions. The full set of 70 indicators is available for access by researchers, administrators and the public at: <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-401-XIE/2002000/index.htm> or <http://www.cihi.ca/comparable-indicators>.
- ***Data on other federal health responsibilities:***
  - The federal government is responsible for delivering health care services to specific groups — for example, First Nations and Inuit, veterans, military personnel, inmates of federal penitentiaries and members of the Royal Canadian Mounted Police.
  - Much of the data currently collected on these populations do not correspond to the comparable indicator reporting requirements for 2004. More specifically:
    - No data are available for most of the populations that are under federal responsibility, and

- There are only limited data available on Aboriginal peoples. Every effort has been made to clearly identify these reporting limitations for each graph and table included in the report.
- Information routinely collected for the Canadian population is not necessarily available for Aboriginal populations. Jurisdictions have varying capacities to collect, analyze and publish data. For example, the ability to accurately identify First Nations and Inuit clients in hospital databases, and to track utilization and outcomes, varies by province and region.

2003 Health Accord — Themes and Priority Areas

The 2003 Health Accord is an action plan for reform of Canada's health care system and reflects commitment by the federal, provincial and territorial governments to work together, along with health care providers and with Canadians, to shape the future of Canada's public health care system. The Accord identifies four broad themes and six priority areas for reporting to Canadians, as listed below; descriptions are included in Section III.

Four Themes ...

1. Timely Access
2. Quality
3. Health Status and Wellness
4. Sustainability*

Six Priority Areas ...

- Primary Health Care
- Home Care*
- Catastrophic Drug Coverage and Pharmaceutical Management
- Diagnostic and Medical Equipment
- Health Human Resources
- Healthy Canadians

A seventh priority area, Other Programs and Services, was added by the Advisory Committee to deal with follow-up work on indicators arising from the 2000 *Communiqué on Health.*

Some of the priority areas fall under a number of themes. For example, Primary Health Care falls under the themes of Timely Access and Quality.

*The theme of Sustainability and the priority area Home Care are under development and, therefore, are not covered in this report.

How this Report is Organized

This report begins with a snapshot of the federal government's role in health (Section II, *Overview of the Federal Government's Role in Health*).

Section III, *Measuring Performance*, presents an overview of national level data and highlights information on health care delivery that falls under federal jurisdiction. It reports on the 18 featured indicators, including a brief description of each indicator, the data collected for each (the results) and a brief commentary on the results. Limited information on Aboriginal populations is included, and no data are available on other populations under federal responsibility for health care.

Section IV, *Health Information — Challenges and Next Steps*, presents some of the current issues related to collecting and reporting on health information and sets out direction from the 2003 Health Accord for improving data collection and reporting on Aboriginal populations.

The report is supplemented by four annexes: Annex 1 — lists the 18 featured indicators and the federal government's ability to report on these indicators for the national population and for Aboriginal populations; Annex 2 — provides the descriptions, definitions, and corresponding data tables and sources for the 18 indicators; Annex 3 — lists the 70 indicators approved by the Deputy Ministers for public reporting in 2004; and Annex 4 — lists exclusions and limitations for the data sources used in this report.

Notes:

- Unless specifically noted, the data presented in this report have been audited; all unaudited data are noted as "not audited."
- All differences highlighted in this report have been found to be statistically significant ($p<0.05$).*

*Statistical significance implies that an observed difference is probably true and not due to chance. The term "$p<0.05$" means that the probability is less than 5% that the observed difference is due to chance alone.

Overview of the Federal Government's Role in Health

The Government of Canada plays a pivotal role in preserving and supporting our publicly funded health care system. It assists the provinces and territories in ensuring that Canadians have access to medical care based on need, not on ability to pay. Federal funding is contingent on the five conditions of the Canada Health Act*: universality; accessibility; portability; comprehensiveness; and public administration. In addition, the government has program and regulatory responsibilities in such areas as health protection and promotion, health security, disease prevention and research.*

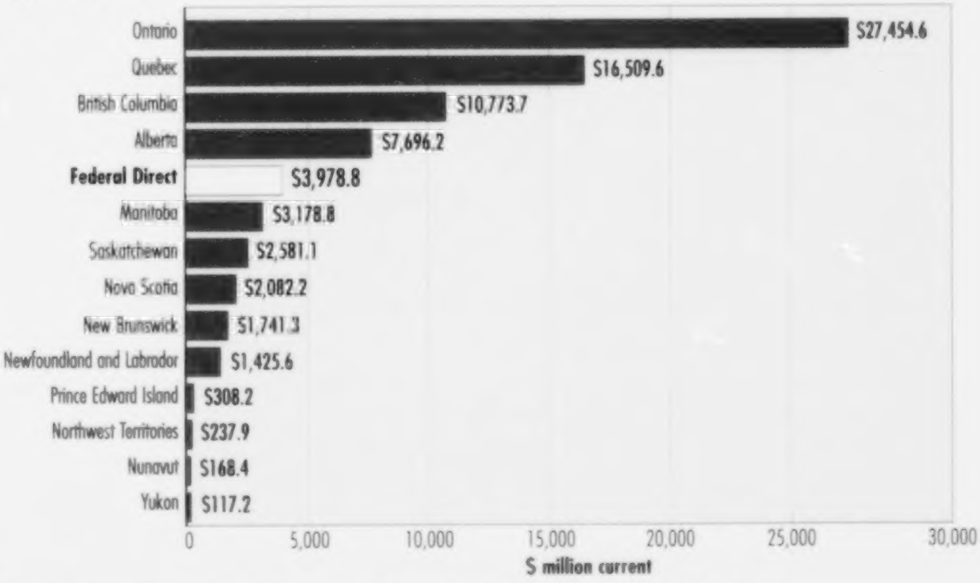
The Government of Canada is also the fifth largest provider of health services to Canadians, serving approximately 990,000 people at a cost of almost $4.0 billion annually. It ensures access to health services for First Nations and Inuit, military personnel and veterans, the Royal Canadian Mounted Police, and inmates in federal penitentiaries.

Federal Health Services at a Glance

Several federal government departments either provide health services directly or ensure that health services are provided to specific populations. A summary of the services provided by federal departments follows.

Total Public Sector Health Care Spending

By jurisdiction, 2001



Source: Canadian Institute for Health Information. *National Health Expenditure Trends, 1975–2003.*

Health Canada — First Nations and Inuit health programs account for about $1.4 billion annually and serve approximately 695,983 First Nations clients, as well as 39,360 Inuit clients. The department provides:

- a limited range of medically necessary health-related goods and services not provided through private or provincial/territorial health plans, including drugs, medical transportation, dental care, medical supplies and equipment, crisis intervention counselling and vision care; and
- community-based health programs, including on-reserve disease prevention and health promotion programs; community nursing services; health education; drug, alcohol and substance abuse programs; mental health and child development programs; environmental health services; and limited hospital services.

Veterans Affairs Canada — Provides health care to war and Canadian Forces veterans who meet service and income requirements or who have been awarded disability pensions resulting from military service. The department provides a comprehensive range of health care benefits not provided provincially, and includes institutional care for eligible clients in community care facilities. In fiscal year 2002–03, 133,400 clients were eligible for health care benefits, resulting in expenditures of $636.6 million in health care programming.

Correctional Service of Canada — Provides inmates with essential health care services (physical and dental) as well as reasonable access to non-essential mental health care that will contribute to their rehabilitation and successful reintegration into the community. Services are provided through a network of health units at all penitentiaries, including five regional hospitals and dedicated mental health treatment centres. Community specialists and diagnostic and hospital services are used as required. The operating expenditures for delivery of these health services to approximately 12,600 inmates in fiscal year 2002–03 were $118.4 million. This figure includes all medical costs — salaries, medication, hospitalization, medical tests/examinations, and physician, specialist and dental appointments.

Department of National Defence — Provides for the health care needs of Canadian Forces members at home and abroad. Health care services are provided through a network of Canadian Forces health care clinics or by purchasing services from the provinces/territories. A comprehensive range of health services is provided to 60,000 Regular Forces members and 33,000 Reserve members (while on duty). Health expenditures in fiscal year 2002–03 were approximately $306.0 million.

Royal Canadian Mounted Police (RCMP) — Provides health care to all uniformed members of the RCMP. A comprehensive range of health services is provided to ensure that members of the RCMP are emotionally and medically fit to perform their duties safely. Members receive personal health care from providers of their choice from within their immediate community, who meet RCMP criteria. Approximately 15,980 members are eligible to receive health benefits. In fiscal year 2002–03, health expenditures were approximately $38.0 million.

The Canada Health Act excludes ...

... inmates of federal penitentiaries and members of the Canadian Forces and the Royal Canadian Mounted Police from the definition of "insured persons" for whom health services are provided under provincial health care plans.

Definitions Related to Aboriginal Populations

Health information about First Nations and Aboriginal populations presented in this report is drawn from several sources and refers to a number of different populations, as defined below:

Aboriginal: A person who reports identifying with at least one Aboriginal group (North American Indian, Métis or Inuit). This group includes all those who report being a Treaty Indian or a Registered Indian as defined by the *Indian Act* of Canada, as well as members of an Indian Band or members of a First Nation.[1]

First Nations peoples: A term that came into common usage in the 1970s to replace the word "Indian," which some people found offensive. Although the term First Nation is widely used, no legal definition exists. Among its uses, the term "First Nations peoples" refers to the Indian peoples in Canada, both Status and Non-Status.[2]

North American Indians: People who identify themselves as being Indians from North America. They may or may not be Registered or Status Indians.[1]

Inuit: The Aboriginal people of Arctic Canada. Inuit live primarily in Nunavut, the Northwest Territories and northern parts of Labrador and Quebec. The word "Inuit" means "the people" in Inuktitut, the Inuit language, and is the term by which Inuit refer to themselves.[2]

Reserve: A tract of land, the legal title to which is held by the Crown, set apart for the use and benefit of an Indian band. Some bands use more than one reserve.[2]

On-reserve: A term used to describe people, services or objects that are part of a reserve and relate to First Nations people.[2]

Off-reserve: A term used to describe people, services or objects that are not part of a reserve, but relate to First Nations people.[2]

Non-reserve: A term used to describe Aboriginal people/populations who are not affiliated with a reserve. For example, Inuit people do not live on reserves.[1]

[1] Statistics Canada.
[2] Indian and Northern Affairs Canada.

Measuring Performance

This section presents information about the 18 indicators selected for discussion. As described earlier, these indicators reflect both the themes and priority areas identified in the 2003 Health Accord.

An overview of the themes and priority areas is followed by highlights of each of the 18 indicators. In addition, a number of graphs are included in this section that reflect comparisons of various health indicators among the G7 countries. These are intended to help readers understand the Canadian data in a broader international context. Detailed data tables are included for each indicator in Annex 2 of this report.

Themes and Priority Areas of the 2003 Health Accord

Themes ...

The four themes of the Health Accord are:

Timely Access — Indicators under this theme measure access to essential services and the waiting time involved in receiving these services.

Quality — Indicators under this theme measure several aspects of quality of health care services, including patient safety, patient satisfaction and health outcomes.

Health Status and Wellness — Indicators under this theme measure the health of the entire population. They are influenced by many factors, including education, economic status and living conditions.

Sustainability — Indicators under this theme measure several aspects of health care, including the state of health human resources, equipment, information systems and value for money from the system.

G7 countries ...

... are the original seven most industrialized countries in the world: Canada, France, Germany, Italy, Japan, United Kingdom and United States.

Priority Areas ...

Each priority area is described below, followed by an example of an indicator.

Primary Health Care — This is the first level of care and the initial point of contact that a patient has with the health system. When Canadians need non-emergency care, they most often turn to primary health care services. This could include visits to family physicians, nurses, nurse practitioners and mental health workers; telephone calls to health information lines; and advice

received from pharmacists. *Example: Difficulty obtaining routine or on-going health services.*

Catastrophic Drug Coverage and Pharmaceutical Management — Although the federal government, provinces and territories provide some level of public drug benefit coverage to certain segments of the population, out-of-pocket spending on prescription drugs is growing faster than any other category of health expenditures. Canadians with serious health conditions or illnesses may face undue hardship due to very high prescription drug costs. *Example: Prescription drug spending as a percentage of income.*

Diagnostic and Medical Equipment — Early access to diagnostic equipment can lead to early detection, diagnosis and treatment — and often to favourable health outcomes. Diagnostic and medical equipment normally includes such high technology machines as magnetic resonance imagers (MRIs), computed tomography (CT) scanners, radiation therapy equipment and lithotripters. It also includes other diagnostic and therapeutic equipment such as ultrasound and x-ray machines, and additional medical and surgical equipment that enhances the quality of patient care or the working conditions of health care personnel. *Example: Self-reported wait times for diagnostic services.*

Health Human Resources — The health care system relies on trained health professionals such as physicians, nurses and pharmacists to deliver health care. Ensuring that all health providers are qualified, and anticipating and maintaining an appropriate supply of health professionals are key to making sure that Canadians have proper access to health providers. *Example: Patient satisfaction with physician care.*

Healthy Canadians — An effective health system requires a balance between individual responsibility for personal health and a collective responsibility for the health care system. Coordinated approaches to deal with the issue of obesity and to promote physical fitness and the enhancement of public and environmental health are necessary to improve the health status of Canadians. Continuing efforts to promote healthy living, immunization and other initiatives to reduce disparities in health status are also essential. *Example: Prevalence of diabetes.*

Other Programs and Services — This priority area encompasses timely access and quality indicators that were part of the first comparable reporting process arising from the 2000 *First Ministers' Communiqué on Health*, and includes measures of public perception of the health care system and indicators of quality service outcomes. *Example: Patient satisfaction with hospital care.*

Home Care — This priority area encompasses an array of services that enables individuals to receive care and treatment at home and/or to live as independently as possible, when they might otherwise have to be in hospital. This could include professional nursing care, personal care and home support, such as cleaning and laundry. Home care also offers support to persons providing full-time care for an incapacitated individual. *Indicators for this priority area are currently under development.*

Report on 18 Indicators

Highlights of the 18 featured indicators include a brief description of each indicator (i.e., what it measures), the results of the measurement (including a graphic representation of results) and a brief comment about the results. The theme and priority area that the indicator relates to are also identified. Several graphs that compare Canadian data to that of other G7 countries are also included. These graphs may not necessarily reflect the same data as those in the 18 featured indicators, but they are included to provide readers with international context. Detailed data tables for each of the 18 featured indicators are presented in Annex 2 of this report.

1 Difficulty obtaining routine or on-going health services

2 Difficulty obtaining health information or advice

3 Difficulty obtaining immediate care

Theme: Timely Access

Priority Area: Primary Health Care

Description: Grouped in this category are indicators that measure the percentage of people who reported having difficulty obtaining routine or on-going health services, health information or advice, and immediate care for a minor health problem at any time of the day in the 12 months prior to the survey.

Results: Among Canadians who required selected health services in 2003, 16.4% reported difficulty accessing routine or on-going health services in the 12 months prior to the survey, 15.8% reported difficulty accessing health information or advice, and 23.8% had difficulty accessing immediate care for a minor health problem.

Comment: Canadians are reporting difficulty accessing routine health services, health information or advice, and immediate care for a minor health problem.

Percent of Population Reporting Difficulty Accessing Health Services, Information or Advice, and Immediate Care

By type of service (age standardized), Canada, 2003*

Type of service	Percent reporting difficulty accessing service
Routine or on-going health services	16.4
Health information or advice	15.8
Immediate care for a minor health problem	23.8

Source: Statistics Canada, Health Services Access Survey, 2003.

Notes: Includes household population aged 15 and over reporting difficulty accessing these services in the 12 months prior to the survey, for self or a family member.
Based on the population requiring these services in the 12 months prior to the survey, for self or a family member.
Age standardized to the 1991 Canadian population.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

*Data for the Health Services Access Survey exclude the territories.

4 Prescription drug spending as a percentage of income

Theme: Timely Access

Priority Area: Catastrophic Drug Coverage and Pharmaceutical Management

Description: This indicator measures the percentage of Canadian households that spend more than a certain proportion (specifically, 0%, 1%, 2%, 3%, 4% or 5%) of their after-tax income out-of-pocket on prescription drugs.

Results: The proportion of households in Canada that spend, out-of-pocket, more than 1%, 2%, 3%, 4% or 5% of their after-tax income on prescription drugs generally increased over the six-year period from 1997 to 2002. For example, in 1997, 18.1% of Canadian households spent more than 1% — by 2002, 19.1% were spending over 1%. And, while 2.7% spent over 5% on prescription drugs in 1997, 3.0% were doing so in 2002. In 2002, 65.2% of Canadian households spent a portion (in other words, more than 0%) of their after-tax income on prescription drugs (see page 51, Annex 2).

Comment: The percentage of Canadian households spending at least a portion of their after-tax income on prescription drugs has remained fairly constant in recent years.

After-tax income ...

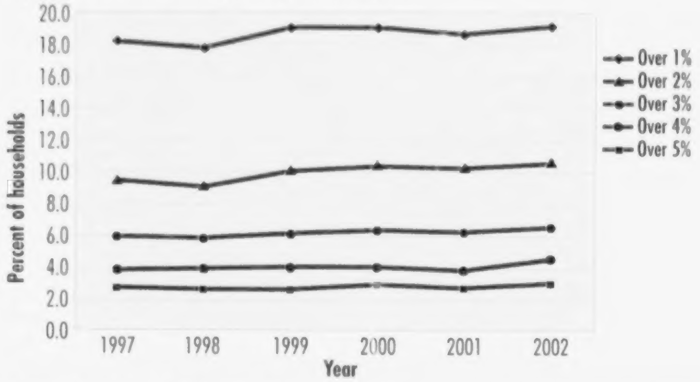
... is total income minus personal taxes.

Out-of-pocket ...

... refers to a full or partial expenditure that is not reimbursed through a drug plan or other health insurance plan.

Prescription Drug Spending as a Percentage of Income

By percent of after-tax income, Canada, 1997 to 2002



Source: Statistics Canada, Survey of Household Spending, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001 and 2002.

Notes: Prescription drug spending only includes prescription drugs purchased by households. Over-the-counter drugs and drugs paid for by governments or insurance companies are not included.
Premiums for health care plans are not included.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

5 Self-reported wait times for diagnostic services

This indicator includes two sub-indicators:

- Median wait time for diagnostic services
- Distribution of wait times for diagnostic services

Theme: Timely Access

Priority Area: Diagnostic and Medical Equipment

Description: This indicator measures the median wait time reported by people requiring a diagnostic service and the proportion of people who report waiting for a required diagnostic service for three different time periods (less than one month, one to three months, and more than three months). The wait time refers to the time in weeks between the time when the patient is referred for a service and when the patient actually receives the service during the 12 months prior to the survey. Patients who had not yet received the service (or who are still waiting) are excluded from the definition of this indicator.

Results: In 2003, the self-reported median wait time for diagnostic services was three weeks, unchanged from 2001 (see page 52, Annex 2). Results from 2003 show that 57.5% of Canadians reported waiting less than one month for a diagnostic service, while 31.1% reported waiting one to three months and 11.5% reported waiting longer than three months.

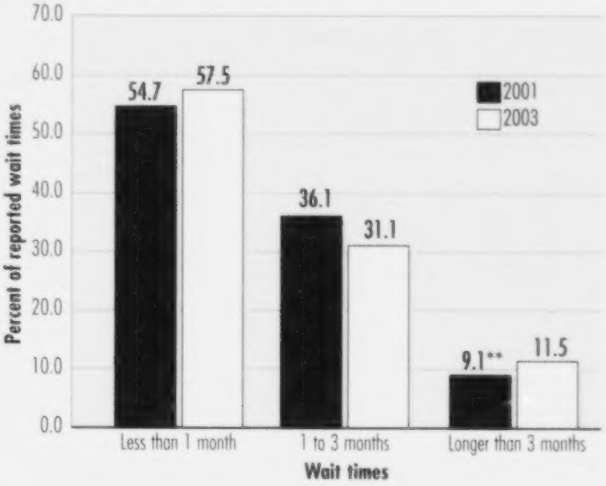
Comment: Canadians report waiting three weeks to receive the diagnostic services they need — unchanged in 2003 from 2001.

Median wait time ...

... is measured in weeks, and indicates that half of patients wait less and half wait more than the median number of weeks. For example, a median wait time of three weeks means that half of patients wait less than three weeks and half wait more than three weeks.

Self-reported Wait Times for Diagnostic Services

Distribution of wait times, Canada, 2001 and 2003*



Source: Statistics Canada, Health Services Access Survey, 2001 and 2003.

Notes: Based on household population aged 15 and over reporting a need for a diagnostic test in the 12 months prior to the survey. Diagnostic tests include non-emergency MRIs, CT scans and angiographies only.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

*Data for Health Services Access Survey exclude the territories.

**Use with caution (high sampling variability).

6 Hospitalization rate for ambulatory care sensitive conditions

Theme: Quality

Priority Area: Primary Health Care

Description: This indicator measures hospitalization rates per 100,000 population for chronic conditions that can often be cared for in the community, such as diabetes, asthma, alcohol and drug dependence and abuse, neuroses, depression and hypertensive disease. Fewer hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions are desirable.

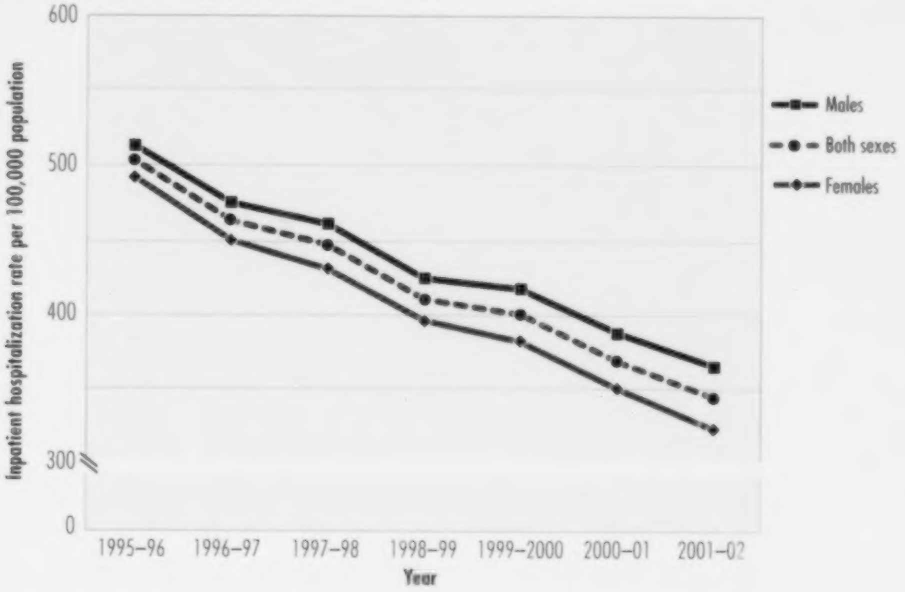
Results: The hospitalization rate for ambulatory care sensitive conditions has been declining in recent years for both men and women in Canada, from a rate of 503 admissions per 100,000 population in 1995–96 to 346 in 2001–02.

Age standardization ...

... is a procedure for adjusting rates (e.g., death rates) to minimize the effects of differences in age composition when comparing rates for different populations.

Hospitalization Rate for Ambulatory Care Sensitive Conditions

By sex (age standardized), Canada, 1995–96 to 2001–02



Sources: Canadian Institute for Health Information, Hospital Morbidity Database; Statistics Canada, Census; Institut de la statistique du Québec.

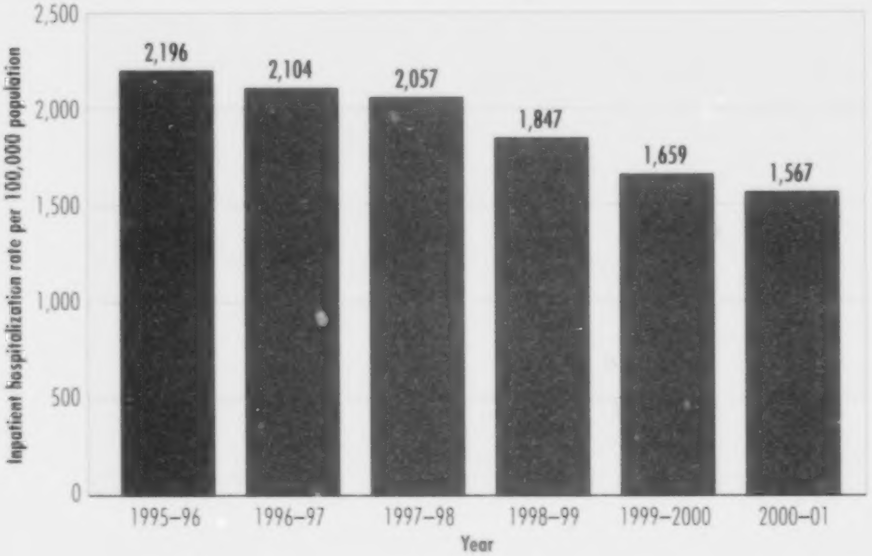
Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population. For additional exclusions/limitations see Annex 4.

The rate has also been declining for both men and women in First Nations populations — from 2,196 admissions per 100,000 population in 1995–96 to 1,567 in 2000–01.

Comment: Some hospitalizations for chronic conditions are being avoided by providing adequate care in the community. While the rate has been declining for all Canadians, it remains four to five times higher among First Nations populations.

Hospitalization Rate for Ambulatory Care Sensitive Conditions (not audited)

First Nations (on- and off-reserve) (age standardized), 1995–96 to 2000–01*



Sources: Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch; Manitoba Health; Saskatchewan Health; British Columbia Ministry of Health Planning.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
See notes on applicable table in Annex 2.

*First Nations data are for British Columbia, Saskatchewan and Manitoba only.

7 Patient satisfaction with overall health care services

Theme: Quality

Priority Area: Primary Health Care

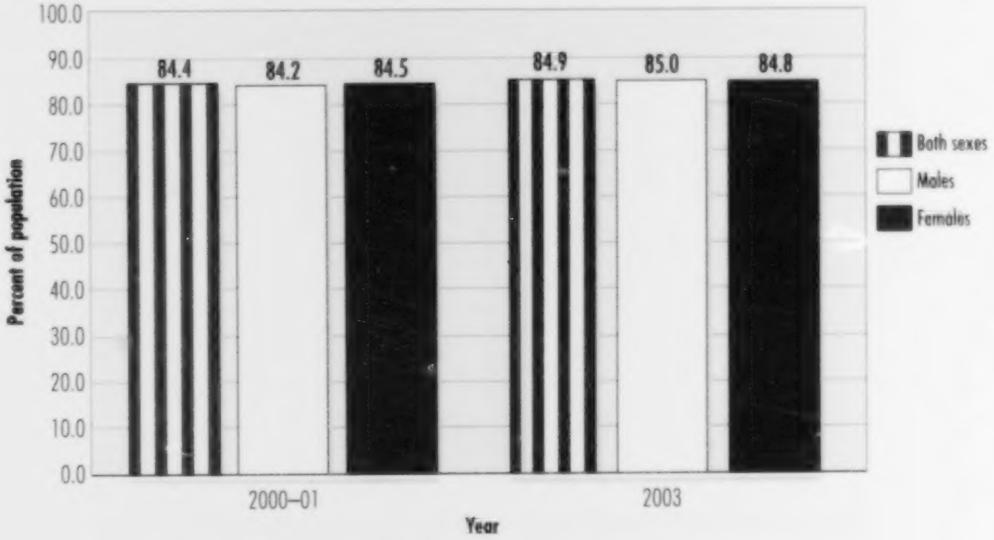
Description: Patient satisfaction with overall health care services refers to the percentage of the population who used health care services in the 12 months prior to the survey, and who reported that they were either "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way the services were provided.

Advisory to Readers: The actual meaning of the indicator is patient satisfaction with *the way* the service was provided and not with the service as a whole.

Results: Most Canadians (84.9%) reported being satisfied with the way overall health care services were provided in Canada in 2003. No changes are discernible from 2000–01 when survey respondents were first asked this question.

Patient Satisfaction with Overall Health Care Services

Percent who were "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way services were provided, by sex (age standardized), Canada, 2000–01 and 2003



Source: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2000–01, and 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Based on household population aged 15 and over who reported receiving health care services in the 12 months prior to the survey.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

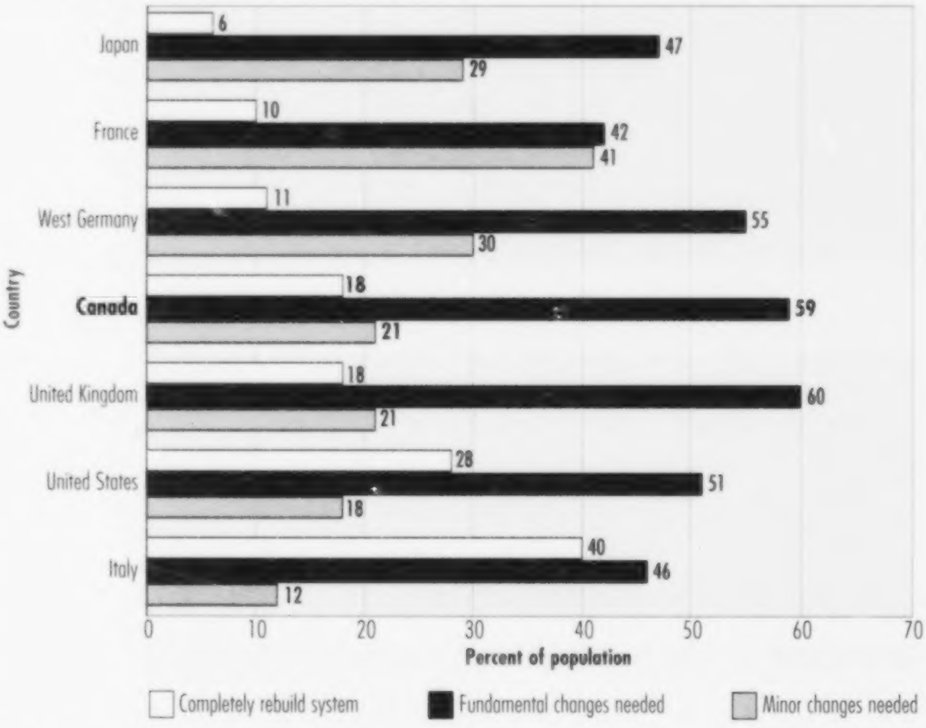
In terms of satisfaction with their health care system and suggested reforms, the populations of Canada and the United Kingdom have similar views. In 2001, 21% of both the Canadian population and the United Kingdom population said that minor changes were needed.

Comment: Canadians are generally satisfied with the health care system, although a comparison across G7 countries suggests that improvements to the system may be needed for Canadians to attain the high satisfaction levels reported in Japan and France.

The international data presented on this indicator are an indirect measure of the public's satisfaction with their respective health care systems. For example, a response of "minor changes needed" indicates the highest level of satisfaction.

Health Care Satisfaction (not audited)

Expressed need for reforms as a reflection of the public's satisfaction with their health care system, selected countries



Source: Organisation for Economic Cooperation and Development, Health Data, 2004.

Notes: Data for France, Italy and Japan are from 1988–1991; data for West Germany are from 1994; data for Canada, U.K. and U.S.A. are from 2001.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

8 Patient satisfaction with community-based care

Theme: Quality

Priority Area: Primary Health Care

Description: Patient satisfaction with community-based care is the percentage of the population who used community-based services in the 12 months prior to the survey, and who reported being "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way the care was provided.

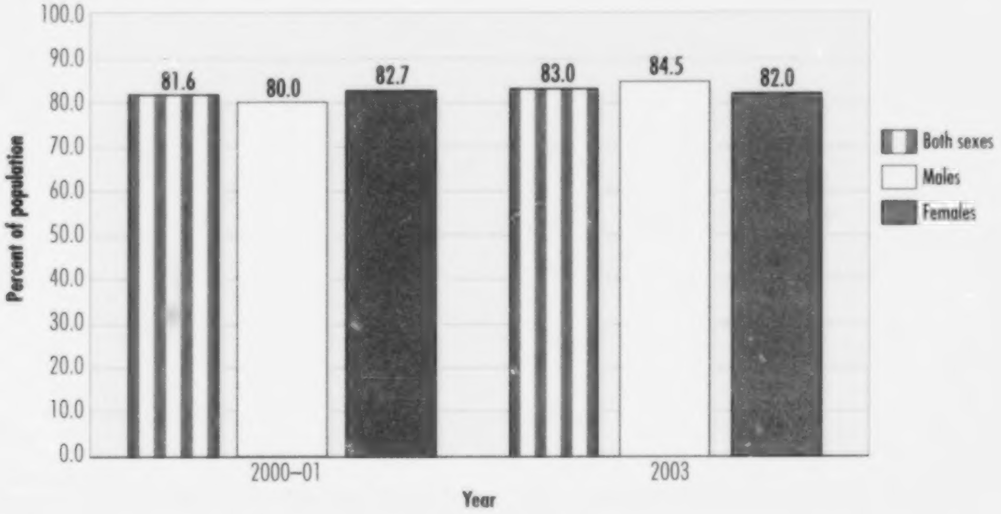
Advisory to Readers: The actual meaning of the indicator is patient satisfaction with *the way* the service was provided and not with the service as a whole.

Results: In 2003, 83.0% of Canadians reported being satisfied with the way community-based care was provided. The proportion of men reporting satisfaction increased from 80.0% in 2000–01 to 84.5% in 2003.

Comment: Canadians generally appear to be satisfied with the way community-based care is provided, and satisfaction with this care has increased for men over the last few years.

Patient Satisfaction with Community-based Care

Percent who were "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way care was provided, by sex (age standardized), Canada, 2000–01 and 2003



Source: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2000–01 and 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Based on household population aged 15 and over who reported receiving community-based health care in the 12 months prior to the survey, excluding that received through a hospital or doctor's office.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

9 Patient satisfaction with telephone health line or tele-health services

Theme: Quality

Priority Area: Primary Health Care

Description: Patient satisfaction with telephone health line or tele-health services refers to the percentage of the population who used a telephone health line or tele-health service in the 12 months prior to the survey, and who reported being "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way the services were provided.

Advisory to Readers: The actual meaning of the indicator is patient satisfaction with *the way* the service was provided and not with the service as a whole.

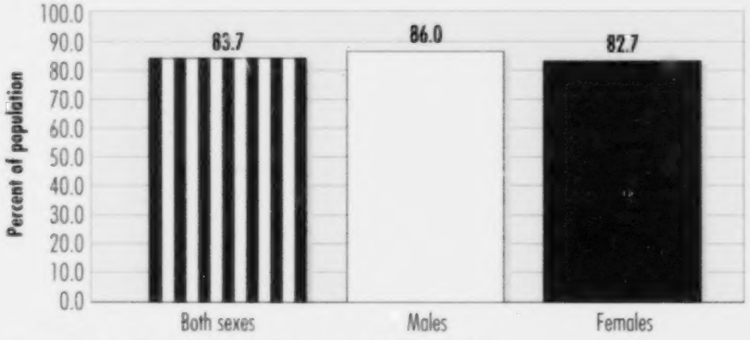
Results: In 2003, 83.7% of Canadians reported being "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way telephone health line or tele-health services were provided. In addition, 86.0% of men and 82.7% of women expressed satisfaction with these services.

Comment: A high proportion of Canadians are satisfied with the way telephone health line or tele-health services are provided.

Telephone health line or tele-health services ...
... are phone-based services which offer health information provided by a nurse or other health specialist. There must be live interaction. Therefore, automated services are excluded from the definition of this indicator.

Patient Satisfaction with Telephone Health Line or Tele-health Services

Percent who were "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way services were provided, by sex (age standardized), Canada, 2003



Source: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Based on household population aged 15 and over who reported using telephone health line services in the 12 months prior to the survey. There are no telephone health line or tele-health services in Nunavut and Yukon.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

10 *Patient satisfaction with hospital care*

Theme: Quality

Priority Area: Other Programs and Services

Description: Patient satisfaction with hospital care measures the percentage of the population who used hospital services in the 12 months prior to the survey, and who reported being "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way the care was provided.

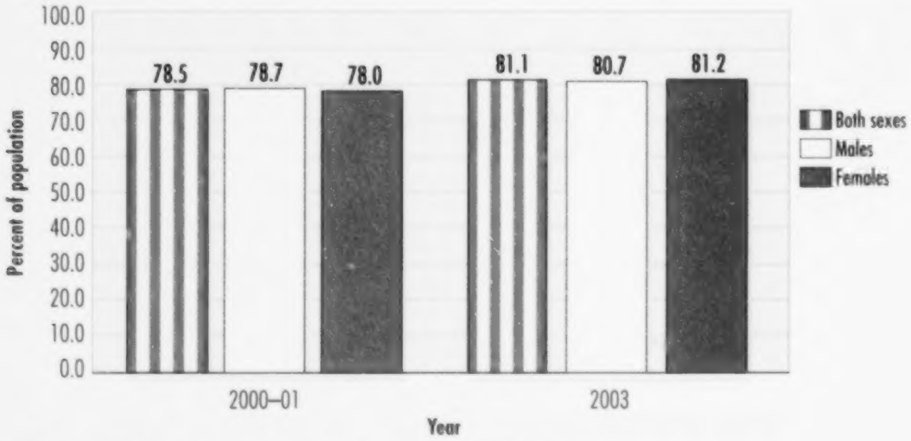
Advisory to Readers: The actual meaning of the indicator is patient satisfaction with *the way* the service was provided and not with the service as a whole.

Results: Among Canadians, patient satisfaction with the way hospital care was provided increased from 78.5% to 81.1% between 2000–01 and 2003. The proportion of women reporting satisfaction increased to 81.2% in 2003 from 78.0% in 2000–01.

Comment: Over the past several years, satisfaction with the way hospital care is provided has increased among Canadians, particularly among women.

Patient Satisfaction with Hospital Care

Percent who were "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way care was provided, by sex (age standardized), Canada, 2000–01 and 2003



Source: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2000–01 and 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Based on household population aged 15 and over who reported receiving hospital care in the 12 months prior to the survey.
Refers to the most recent care received from a hospital.
Results should be treated with caution because a proportion of the difference may be explained by the mode in which the data were collected from the respondent (i.e., by phone or in person).
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

11 Patient satisfaction with physician care

Theme: Quality

Priority Area: Health Human Resources

Description: Patient satisfaction with physician care refers to the percentage of the population who used physician services in the 12 months prior to the survey, and who reported being "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way the care was provided.

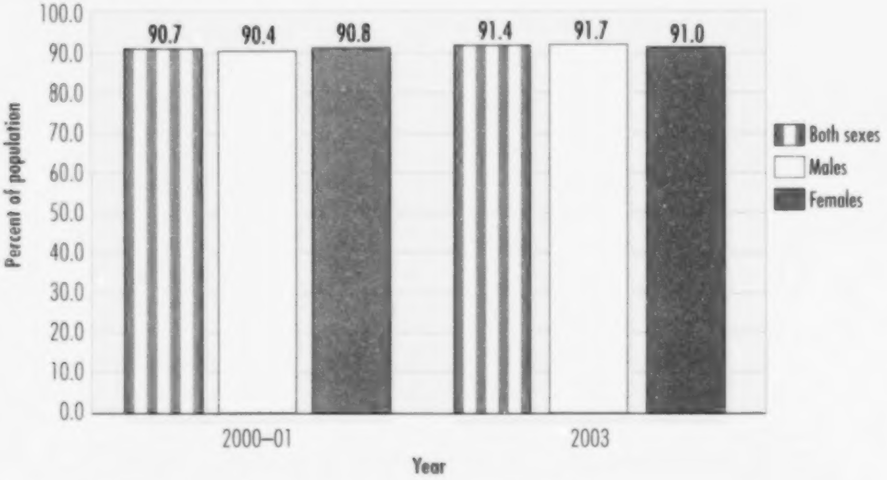
Advisory to Readers: The actual meaning of the indicator is patient satisfaction with *the way* the service was provided and not with the service as a whole.

Results: In 2003, the vast majority of Canadians (91.4%) said they were "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way physician care was provided. Among men, patient satisfaction has increased to 91.7% in 2003 from 90.4% in 2000–01.

Comment: In general, Canadians are satisfied with the way physician care has been provided.

Patient Satisfaction with Physician Care

Percent who were "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way care was provided, by sex (age standardized), Canada, 2000–01 and 2003



Source: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2000–01 and 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Based on household population aged 15 and over who reported receiving health care services from a family doctor, general practitioner or medical specialist in the 12 months prior to the survey. This excludes services received during a hospital visit and refers to most recent care received from a physician.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

12 Health adjusted life expectancy (HALE)

This indicator includes two sub-indicators:

- Health adjusted life expectancy (HALE) for overall population
- Health adjusted life expectancy (HALE) by income

Theme: Health Status and Wellness

Priority Area: Healthy Canadians

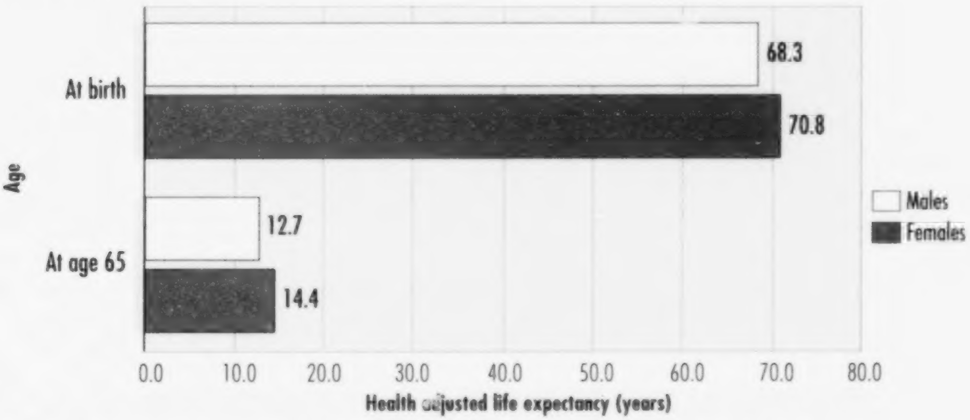
Description: Health adjusted life expectancy (HALE) is an indicator of overall population health. It represents the number of expected years of life equivalent to years lived in good health, based on the average experience in a population. Trends in HALE should be examined in conjunction with trends in life expectancy (LE). If HALE increases more over time than LE, it can be concluded that added years of life expectancy are indeed more often years in good health. HALE can be measured for the general population as a whole, as well as for different household income levels.

Advisory to Readers: HALE is a relatively new indicator and embodies a number of assumptions which are important for its interpretation.

Results: In 2001, women had a higher health adjusted life expectancy (HALE) than men, both at birth and at age 65. The difference in HALE between women and men is more evident at birth, with women's at 70.8 years and men's at 68.3 years.

Health Adjusted Life Expectancy

By sex, at birth and age 65, Canada, 2001



Source: Statistics Canada, Canadian Vital Statistics, Death Database; National Population Health Survey, 1996–97; Canadian Community Health Survey, 2000–01; 2001 Census.

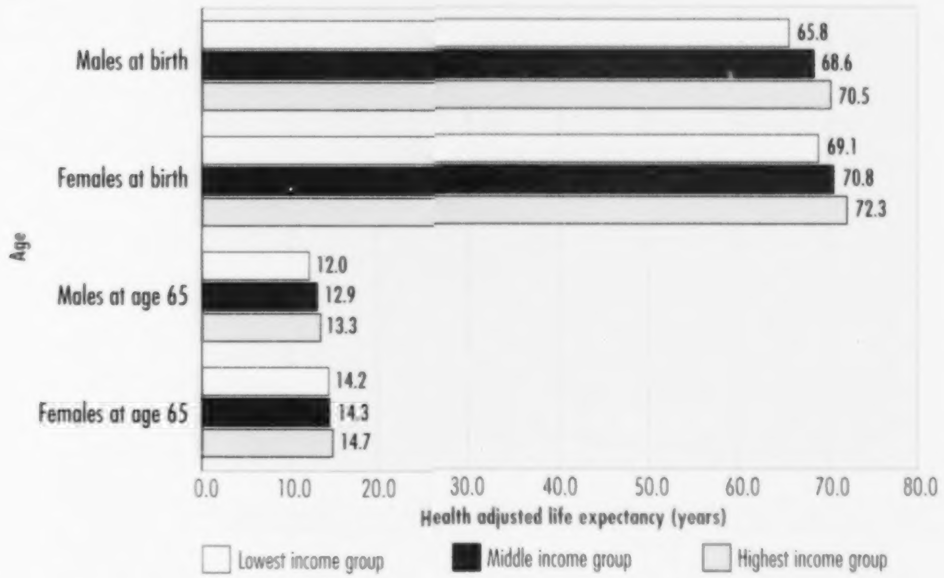
Note: For additional exclusions/limitations see Annex 4.

Sex and level of income at birth play a very important role in determining HALE. While women generally have a higher HALE than men, women in the highest income group at birth have a HALE of 72.3 years — higher than any other group. Men in the highest income group at birth have a HALE of 70.5 years. The differences between men and women are smaller at age 65 in the highest income group, with men's HALE 1.4 years lower than that of women in the same group. Comparisons of HALE across income groups show that, at birth, women in the highest income group have a HALE that is 3.2 years higher than women in the lowest group. The same comparison for men shows that men in the highest category have a HALE 4.7 years higher than those in the lowest income group.

Comment: HALE at birth is lower for men than for women. Canadians in higher income groups generally live longer, healthier lives than their counterparts in the other income groups. Differences in HALE by income group at age 65 are very marginal for both men and women.

Health Adjusted Life Expectancy

By sex and income level, at birth and age 65, Canada, 2001



Source: Statistics Canada, Canadian Vital Statistics, Death Database; National Population Health Survey, 1996–97; Canadian Community Health Survey, 2000–01; 2001 Census.

Note: For additional exclusions/limitations see Annex 4.

13 Prevalence of diabetes

Theme: Health Status and Wellness

Priority Area: Healthy Canadians

Description: This indicator shows the percentage of individuals aged 20 years and older with all types of diabetes.

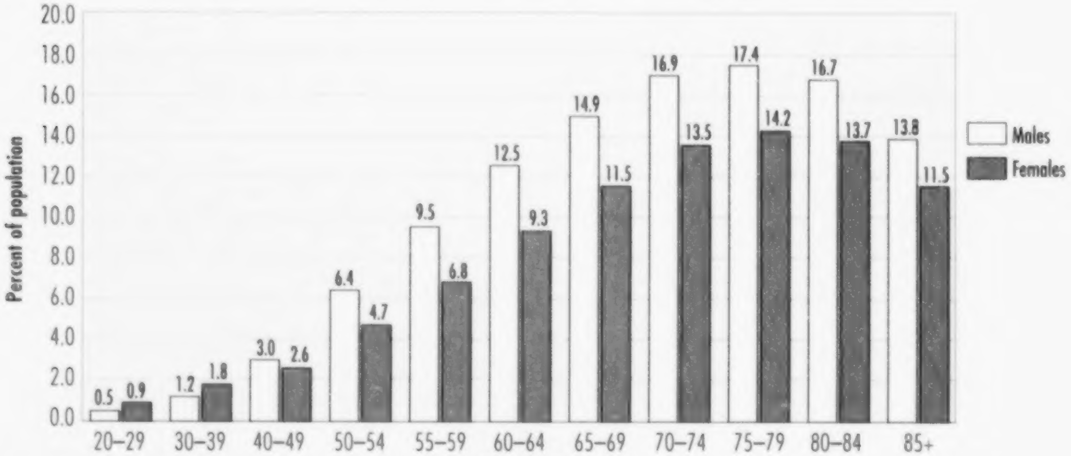
Results: With the exception of the child-bearing years (ages 20 to 39), when there is a greater risk for gestational diabetes, the prevalence of diabetes was higher among men than women in 1999–2000. The rate for men was 5.4% compared to 4.9% for women (see page 65, Annex 2). For both sexes, prevalence increased with age, peaking in the 75 to 79 age group at 15.5% (17.4% for males and 14.2% for females). Overall, 5.1% of Canadians aged 20 and older were living with diagnosed diabetes.

The prevalence of self-reported diabetes among the North American Indian population is about four times higher than the Canadian rate.

All diabetes types are included in the definition of this indicator: diabetes type 1, diabetes type 2, and gestational diabetes.

Prevalence of Diabetes

Percent of population aged 20 years and over with diagnosed diabetes (all types), by sex and selected age group, Canada, 1999–2000*



Source: Health Canada, National Diabetes Surveillance System (NDSS).

Notes: Data presented for this indicator are final and include Northwest Territories and Nunavut. This was not the case in the 2002 *Healthy Canadians* report.
Readers should interpret these data with caution; see Annex 4.

*Excludes New Brunswick and Newfoundland and Labrador.

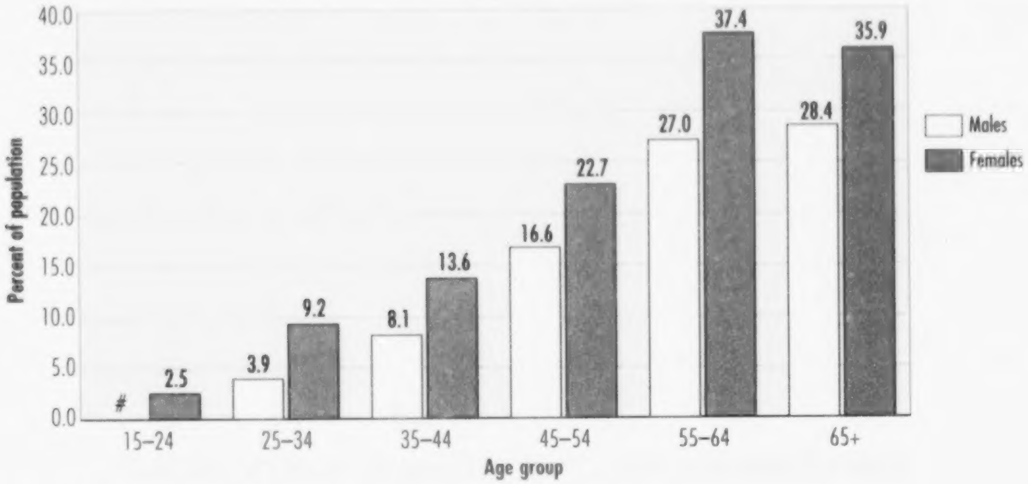
Findings of the First Nations Regional Longitudinal Health Survey also illustrate a high prevalence of diabetes among First Nations on-reserve adults 20 years of age and older (see page 65, Annex 2). For data exclusions/limitations see Annex 4.

Comment: The prevalence of diabetes increases with age and is more common among Canadian men. North American Indians — especially those living on-reserve — report a much higher prevalence rate of diabetes than the general Canadian population and thus suffer disproportionately from the disease.

Prevalence …
… is the number of existing instances of a given disease, at a given time, or over a specified period of time, in a defined population.

Self-reported Diabetes (all types) (not audited)

Percent of population, by sex and selected age group, North American Indian (on-reserve**), 2001*



Source: Statistics Canada, Aboriginal Peoples Survey, 2001 — Custom tabulations produced for Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.

Notes: See notes on applicable table in Annex 2.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

*Age groups differ from agreed upon data specifications for reporting in 2004.
**Selected participating reserves.
Data suppressed to protect confidentiality.

14 Self-reported health

Theme: Health Status and Wellness

Priority Area: Healthy Canadians

Description: Self-reported health measures the percentage of the population aged 12 and over who rated their health as either "excellent" or "very good."

Results: The percentage of Canadians aged 12 years and over who reported their health as "excellent" or "very good" has declined in recent years. In 2003, 59.6% reported that they were in "excellent" or "very good" health, compared to 63.3% in 1994–95 (see page 67, Annex 2). For all years shown, a greater proportion of males than females rated their health as "excellent" or "very good."

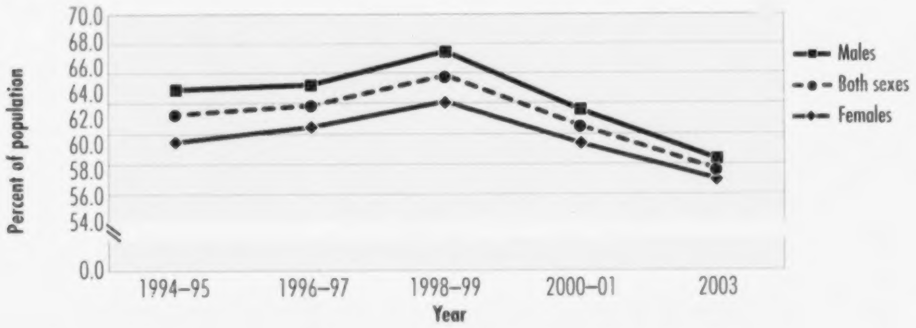
For all age groups, the Inuit population has higher rates of "excellent or very good" self-rated health. The proportion of those rating their health as "excellent or very good" drops much more sharply with age for the North American Indian on-reserve population than is the case for the Inuit population.

Canada ranks second among the G7 countries in terms of self-reported health status — 88.8% of Canadian men and 87.3% of Canadian women rated their health as "good or better" in 2001.

Comment: The proportion of Canadians who feel that they are in "excellent or very good" health is lower than it was in the mid-1990s. The Inuit population has higher rates of "excellent or very good" self-reported health than North American Indians living on-reserve in Canada.

Self-reported Health

Percent reporting "excellent" or "very good" health, by sex (age standardized), Canada, 1994–95 to 2003

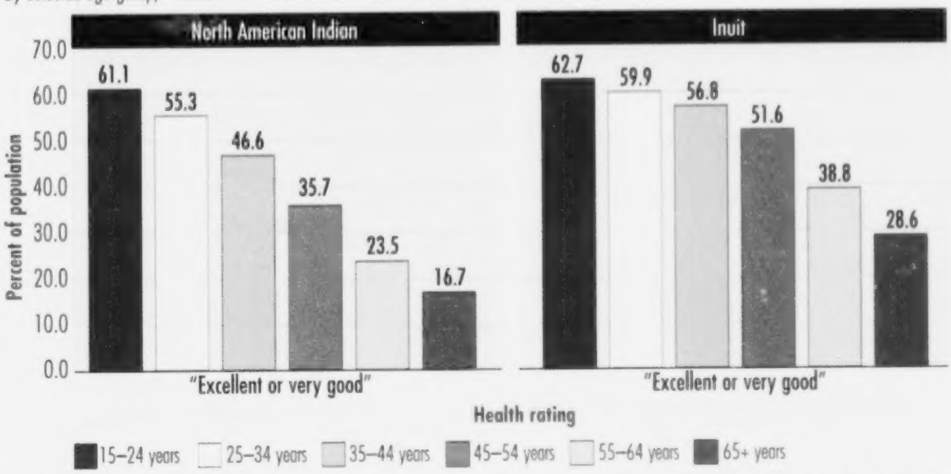


Source: Statistics Canada, National Population Health Survey, 1994–95 to 1998–99; Canadian Community Health Survey, 2000–01 and 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Based on household population aged 12 and over who rate their own health status as being excellent or very good.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

Self-reported Health (not audited)

By selected age group, North American Indian (on-reserve**) and Inuit (non-reserve), 2001*

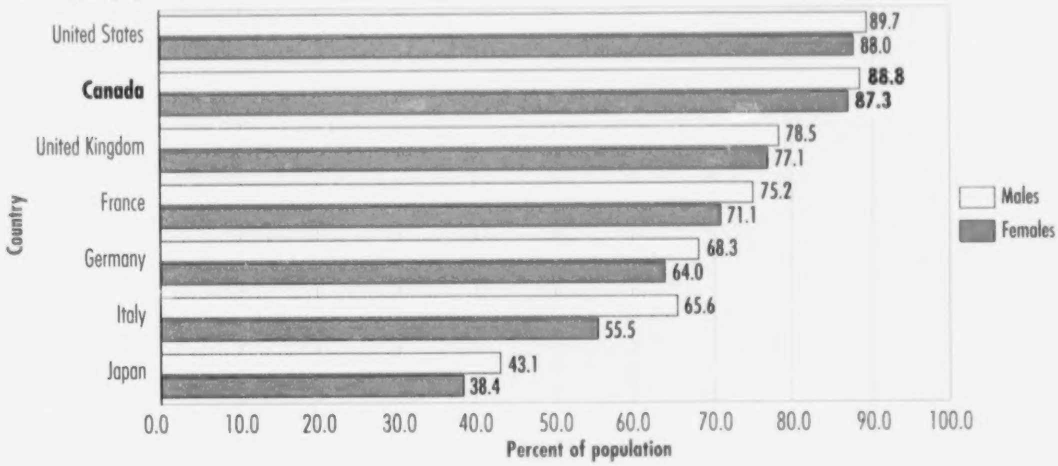


Source: Statistics Canada, Aboriginal Peoples Survey, 2001 — Custom tabulations produced for Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.

Notes: See notes on applicable table in Annex 2.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.
*Age groups differ from agreed upon data specifications for reporting in 2004.
**Selected participating reserves.

Self-reported Health (not audited)

Percent reporting "good or better" health, by sex, selected countries



Source: Organisation for Economic Cooperation and Development, Health Data, 2004.

Notes: Data for Germany are from 1998; data for Italy, Japan and Canada are from 2001; data for France, U.K. and U.S.A. are from 2002.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

15 *Teenage smoking rates*

This indicator includes two sub-indicators:

- Teenage smoking rates: Proportion current teenage smokers
- Teenage smoking rates: Proportion daily smokers

Theme: Health Status and Wellness

Priority Area: Healthy Canadians

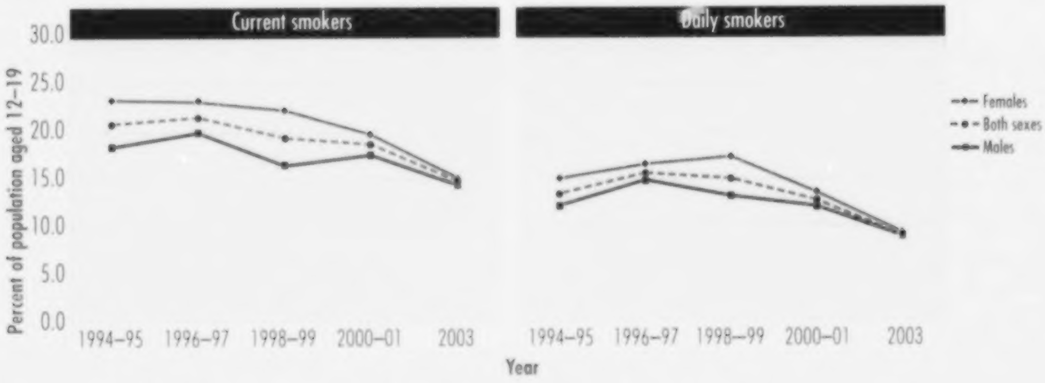
Description: This indicator shows the percentage of the population aged 12 to 19 years (as a proportion of the total population in this age group) who reported that they were current smokers (which includes occasional and daily) and the percentage who reported that they were daily smokers.

Results: The data show that the percentage of current smokers aged 12 to 19 years dropped from 20.9% in 1994–95 to 14.8% in 2003 (see page 70, Annex 2). After a brief increase, the proportion of daily smokers also declined, from 13.6% in 1994–95 to 9.1% in 2003.

In 2001, Inuit teenagers aged 15 to 19 years reported higher smoking rates (69.1%) than did their North American Indian

Teenage Smoking Rates

Percent of population aged 12–19 years reporting they are current and daily smokers, by sex, Canada, 1994–95 to 2003

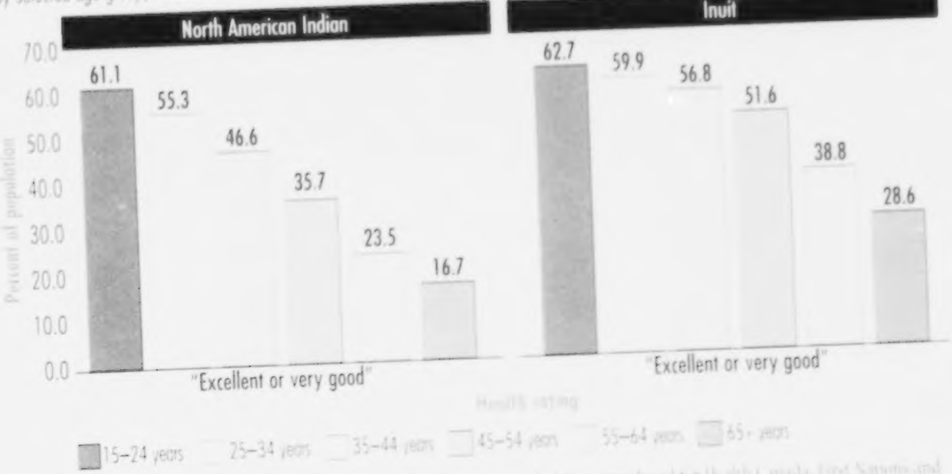


Source: Statistics Canada, National Population Health Survey, 1994–95 to 1998–99; Canadian Community Health Survey, 2000–01 and 2003.

Notes: Current smokers include daily smokers and occasional smokers (see Annex 2).
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

Self-reported Health (not audited)

By selected age group, North American Indian (on-reserve**) and Inuit (non-reserve), 2001*

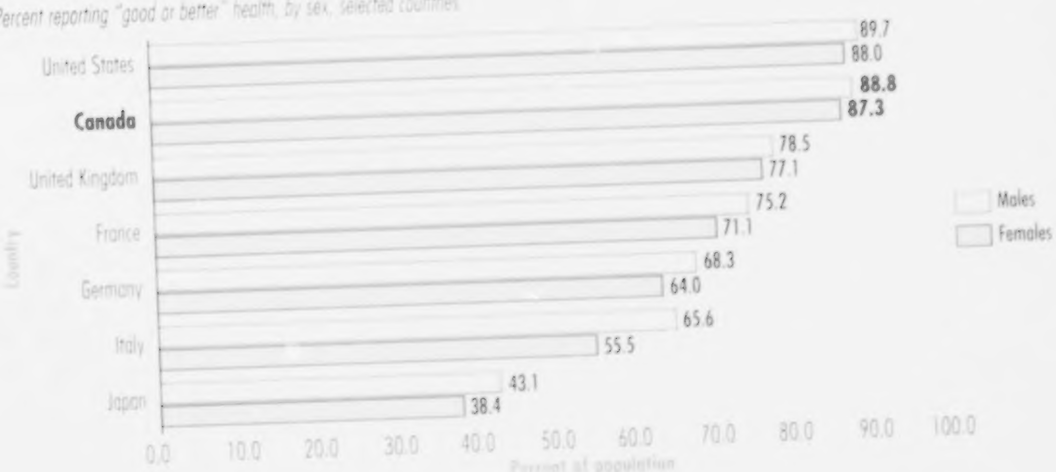


Source: Statistics Canada. Aboriginal Peoples Survey 2001 — Custom tabulations produced for Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.

Notes: See notes on applicable table in Annex 2.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.
*Age groups differ from agreed upon data specifications for reporting in 2001.
**Selected participating reserves.

Self-reported Health (not audited)

Percent reporting "good or better" health, by sex, selected countries



Source: Organisation for Economic Cooperation and Development. Health Data 2004.

Notes: Data for Germany are from 1999; data for Italy, Japan and Canada are from 2001; data for France, U.K. and U.S.A. are from 2002.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

15 *Teenage smoking rates*

This indicator includes two sub-indicators:

- Teenage smoking rates: Proportion current teenage smokers
- Teenage smoking rates: Proportion daily smokers

Theme: Health Status and Wellness

Priority Area: Healthy Canadians

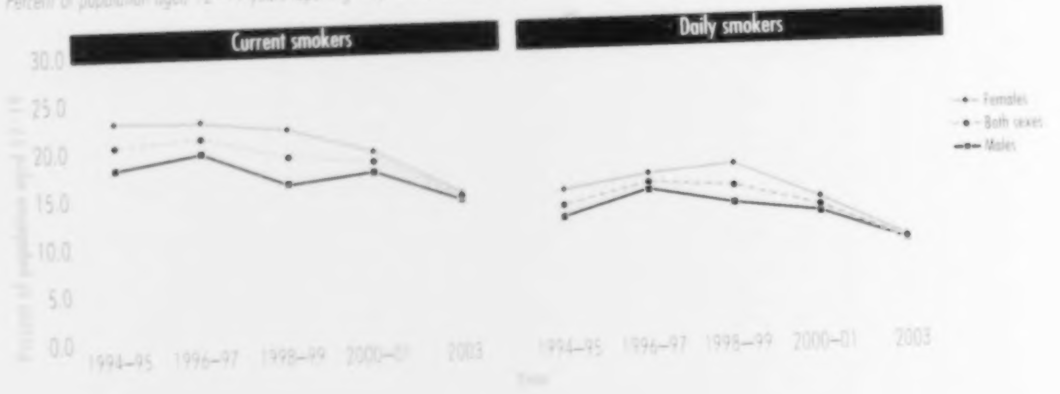
Description: This indicator shows the percentage of the population aged 12 to 19 years (as a proportion of the total population in this age group) who reported that they were current smokers (which includes occasional and daily) and the percentage who reported that they were daily smokers.

Results: The data show that the percentage of current smokers aged 12 to 19 years dropped from 20.9% in 1994–95 to 14.8% in 2003 (see page 70, Annex 2). After a brief increase, the proportion of daily smokers also declined, from 13.6% in 1994–95 to 9.1% in 2003.

In 2001, Inuit teenagers aged 15 to 19 years reported higher smoking rates (69.1%) than did their North American Indian

Teenage Smoking Rates

Percent of population aged 12–19 years reporting they are current and daily smokers, by sex, Canada: 1994–95 to 2003



Source: Statistics Canada, National Population Health Survey, 1994–95 to 1998–99; Canadian Community Health Survey, 2000–01 and 2003.

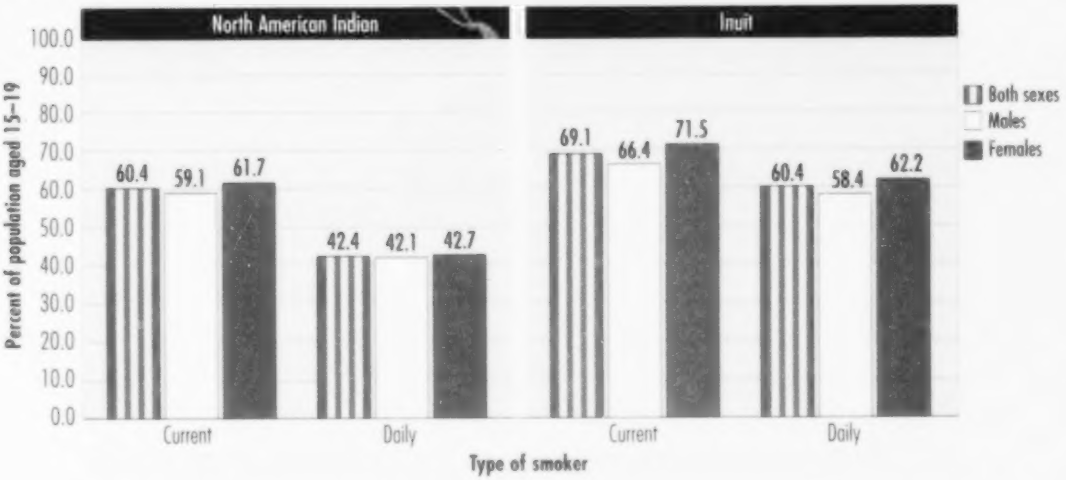
Notes: Current smokers include daily smokers and occasional smokers (see Annex 2).
For additional exclusions/limitations see Annex 3.

counterparts (60.4%). Caution should be used when comparing this to the Canadian teen smoking rate, as the Aboriginal rates include only teens aged 15 to 19 years. At the same, the overall Aboriginal rates are substantially higher than for the general teen population.

Comment: In general, teenage smoking rates have been falling in Canada for the last several years. North American Indian and Inuit teenagers have higher smoking rates than the Canadian teenage population as a whole.

Teenage Smoking Rates (not audited)

Percent of population aged 15–19 years reporting they are current or daily smokers, by sex, North American Indian (on-reserve**) and Inuit (non-reserve), 2001*



Source: Statistics Canada, Aboriginal Peoples Survey, 2001 — Custom tabulations produced for Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.

Notes: Current smokers include daily smokers and occasional smokers (see Annex 2).
See notes on applicable table in Annex 2.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

*Age groups differ from agreed upon data specifications for reporting in 2004.
**Selected participating reserves.

16 Physical activity

Theme: Health Status and Wellness

Priority Area: Healthy Canadians

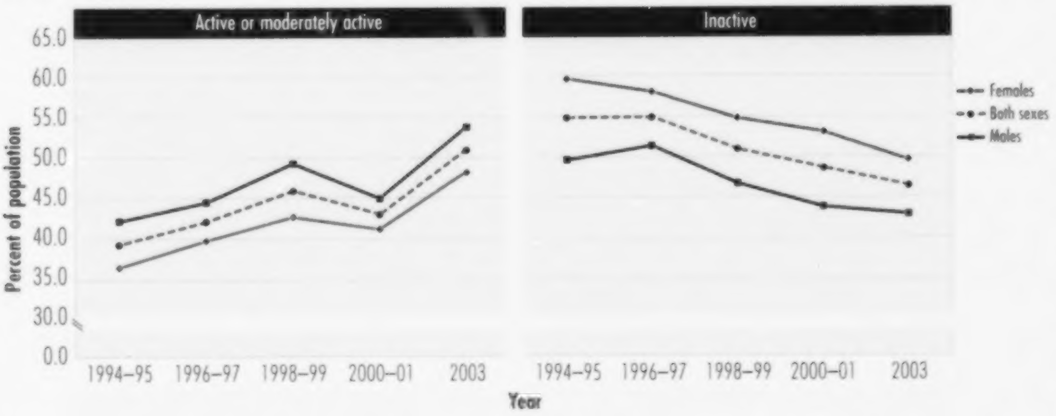
Description: Physical activity measures the percentage of the population aged 12 years and older who reported themselves as being active and those who reported themselves as being inactive.

Results: The proportion of Canadians who reported themselves as being active or moderately active increased to 51.0% in 2003 from 39.3% in 1994–95. For each year shown (from 1994–95 to 2003), a higher proportion of Canadian males than females reported being active (see page 72, Annex 2). In 2003, for example, 53.8% of males reported being active compared to 48.3% of females. The proportion of Canadians who said they were inactive has declined over the same time period — 46.4% reported being inactive in 2003 compared to 54.8% in 1994–95.

Comment: Overall, Canadians are becoming more active. The percentage of the population who consider themselves to be inactive has been declining.

Physical Activity

Percent reporting being active or moderately active and inactive, by sex (age standardized), Canada, 1994–95 to 2003



Source: Statistics Canada, National Population Health Survey, 1994–95 to 1998–99; Canadian Community Health Survey, 2000–01 and 2003.

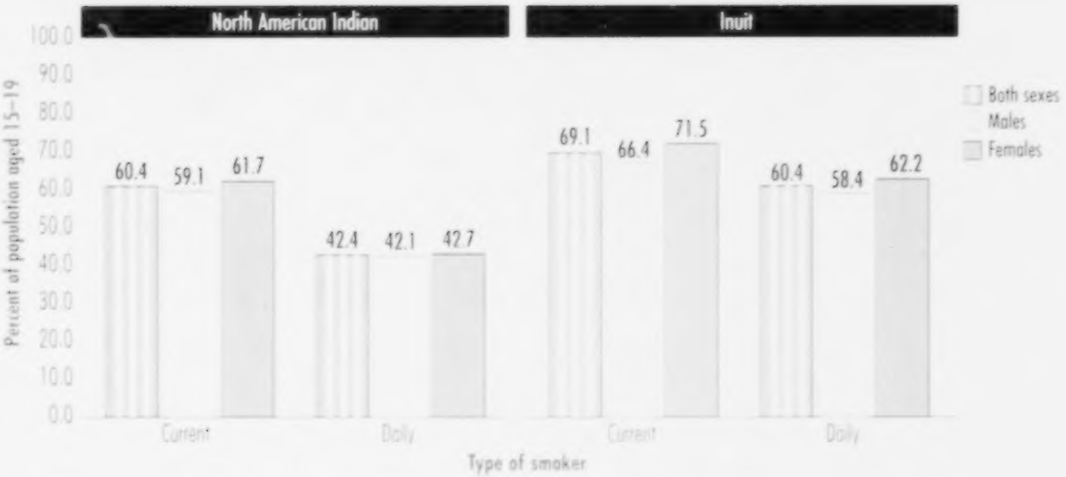
Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Includes household population aged 12 and over reporting level of physical activity, based on their responses to questions about frequency, duration and intensity of their leisure-time physical activity.
Results should be treated with caution because a proportion of the difference may be explained by the mode in which the data were collected from the respondent (i.e., by phone or in person).
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

counterparts (60.4%). Caution should be used when comparing this to the Canadian teen smoking rate, as the Aboriginal rates include only teens aged 15 to 19 years. At the same, the overall Aboriginal rates are substantially higher than for the general teen population.

Comment: In general, teenage smoking rates have been falling in Canada for the last several years. North American Indian and Inuit teenagers have higher smoking rates than the Canadian teenage population as a whole.

Teenage Smoking Rates (not audited)

Percent of population aged 15–19 years reporting they are current or daily smokers, by sex, North American Indian (on-reserve**) and Inuit (non-reserve), 2001*



Source: Statistics Canada, Aboriginal Peoples Survey, 2001 — Custom tabulations produced for Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.

Notes: Current smokers include daily smokers and occasional smokers (see Annex 2).
See notes on applicable table in Annex 2.
For additional exclusions/limitations see Annex 1.

* Age groups differ from agreed upon data specifications for reporting in 2004.
** Selected participating reserves.

16 Physical activity

Theme: Health Status and Wellness

Priority Area: Healthy Canadians

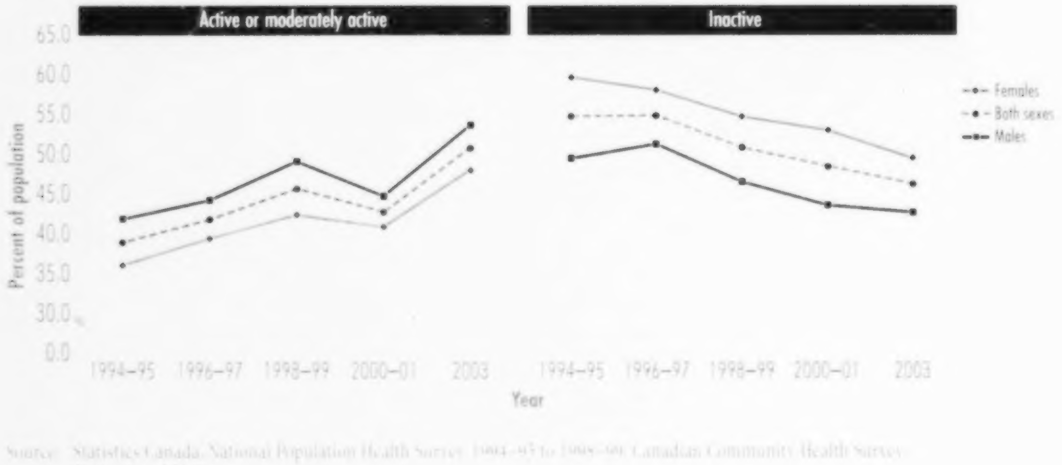
Description: Physical activity measures the percentage of the population aged 12 years and older who reported themselves as being active and those who reported themselves as being inactive.

Results: The proportion of Canadians who reported themselves as being active or moderately active increased to 51.0% in 2003 from 39.3% in 1994–95. For each year shown (from 1994–95 to 2003), a higher proportion of Canadian males than females reported being active (see page 72, Annex 2). In 2003, for example, 53.8% of males reported being active compared to 48.3% of females. The proportion of Canadians who said they were inactive has declined over the same time period — 46.4% reported being inactive in 2003 compared to 54.8% in 1994–95.

Comment: Overall, Canadians are becoming more active. The percentage of the population who consider themselves to be inactive has been declining.

Physical Activity

Percent reporting being active or moderately active and inactive, by sex (age standardized), Canada, 1994–95 to 2003



Source: Statistics Canada, National Population Health Survey 1994–95 to 1998–99; Canadian Community Health Survey 2000–01 and 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Includes household population aged 12 and over reporting level of physical activity, based on their responses to questions about frequency, duration and intensity of their leisure-time physical activity.
Results should be treated with caution because a proportion of the difference may be explained by the mode in which the data were collected from the respondent (i.e., by phone or in person).
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

17 Body mass index

Theme: Health Status and Wellness

Priority Area: Healthy Canadians

Description: This indicator measures the percentage of the population aged 18 years and older (excluding pregnant women) with a calculated body mass index (BMI) falling into one of four categories: underweight, normal weight, overweight or obese. The category "obese" is further broken down into three classes: obese I, obese II and obese III.

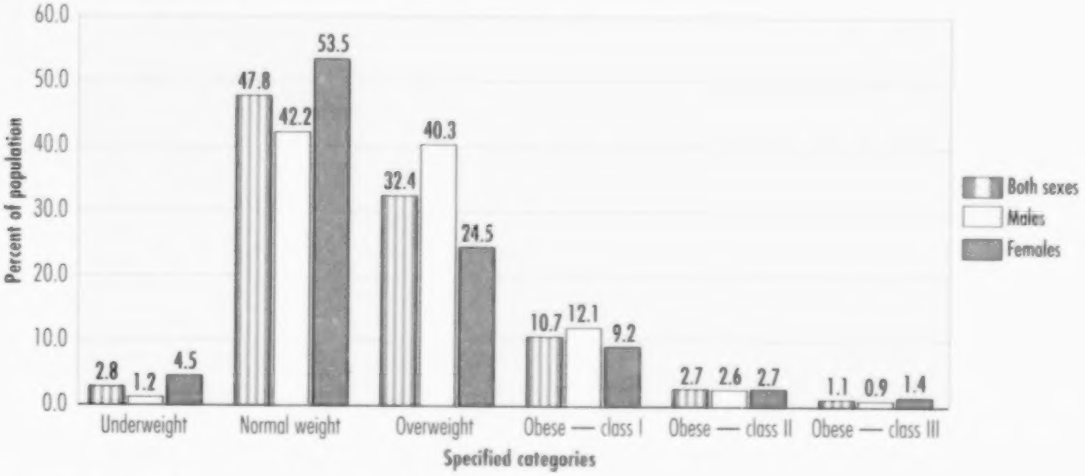
Results: Canadian data show that, in 2003, 14.5% of adult Canadians had a calculated BMI indicating they were obese, and 32.4% were considered overweight. At the same time, 47.8% of Canadians were in the normal weight range, and 2.8% were considered underweight.

Body mass index (BMI) ...

... is the ratio of a person's weight in relation to their height. It is calculated as weight (in kilograms) divided by height (in metres) squared.

Body Mass Index

Percent having a calculated BMI in specified categories, by sex (age standardized), Canada, 2003



Source: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Includes household population aged 18 and over excluding pregnant women and persons less than 3 feet (0.914 metres) or greater than 6 feet, 11 inches (2.108 metres) tall.
Results should be treated with caution because a proportion of the difference may be explained by the mode in which the data were collected from the respondent (i.e., by phone or in person).
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

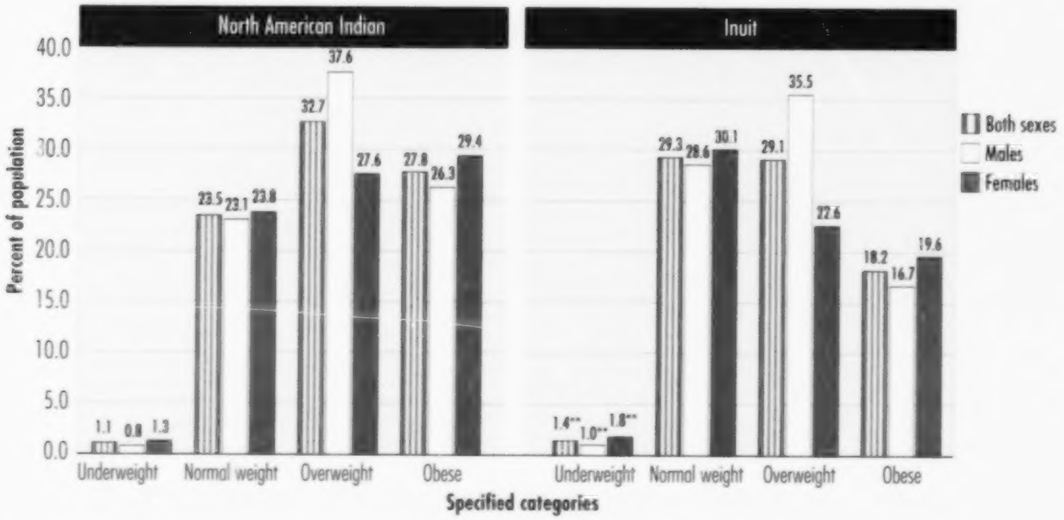
Also in 2003, a very small percentage of North American Indians and Inuit were underweight. A greater proportion of Inuit were in the normal weight range (29.3%) than their North American Indian counterparts (23.5%). Finally, a greater proportion of North American Indians were considered to be overweight (32.7%) or obese (27.8%) than Inuit (29.1% and 18.2%, respectively).

Findings of the First Nations Regional Longitudinal Health Survey illustrate a similar trend of overweight and obesity for First Nations on-reserve adults 18 years of age and older (see page 73, Annex 2). For additional exclusions/limitations see Annex 4.

It has been suggested that the obesity criteria used for Canadians in general may not be applicable to Inuit people. Although there was an increasing trend in blood pressure and lipid levels with obesity in

Body Mass Index (not audited)

Percent of adults (aged 18 and over) having calculated BMI in specified categories, by sex, North American Indian (on-reserve) and Inuit (non-reserve), 2001*



Source: Statistics Canada, Aboriginal Peoples Survey, 2001 — Custom tabulations produced for Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.

Notes: See notes on applicable table in Annex 2.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

*Selected participating reserves.
**Use with caution (high sampling variability).

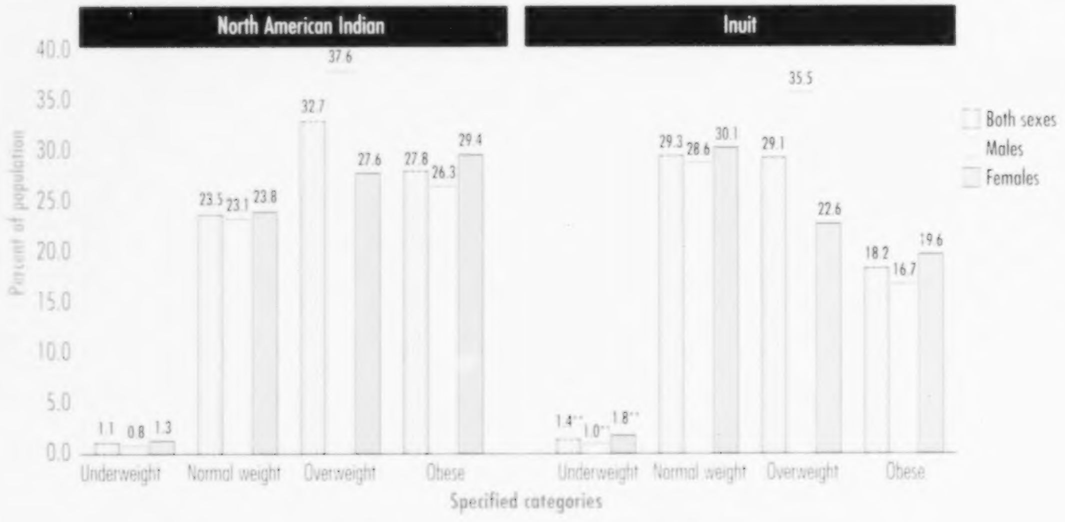
Also in 2003, a very small percentage of North American Indians and Inuit were underweight. A greater proportion of Inuit were in the normal weight range (29.3%) than their North American Indian counterparts (23.5%). Finally, a greater proportion of North American Indians were considered to be overweight (32.7%) or obese (27.8%) than Inuit (29.1% and 18.2%, respectively).

Findings of the First Nations Regional Longitudinal Health Survey illustrate a similar trend of overweight and obesity for First Nations on-reserve adults 18 years of age and older (see page 73, Annex 2). For additional exclusions/limitations see Annex 4.

It has been suggested that the obesity criteria used for Canadians in general may not be applicable to Inuit people. Although there was an increasing trend in blood pressure and lipid levels with obesity in

Body Mass Index (not audited)

Percent of adults (aged 18 and over) having calculated BMI in specified categories, by sex, North American Indian (on-reserve) and Inuit (non-reserve), 2001*



Source: Statistics Canada, Aboriginal Peoples Survey, 2001 — Custom tabulations produced for Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.

Notes: See notes on applicable table in Annex 2.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

*Selected participating reserves.
**Use with caution (high sampling variability).

the Inuit, the magnitude of the response differed with respect to high-density lipoproteins and triglyceride levels as compared to a sample of the general population. From this study it was unclear whether the standard BMI criteria would be appropriate to predict health risk for the Inuit.[3]

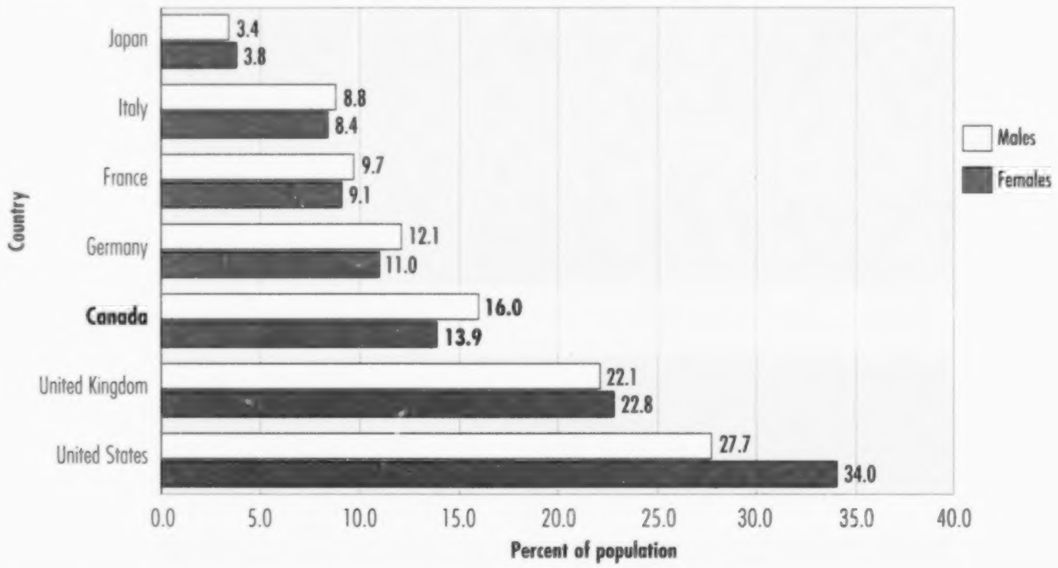
Data from the Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) reveal that, in Canada in 2001, 16.0% of men and 13.9% of women reported having a BMI that classified them as obese.

Comment: Almost one half of Canadians are overweight or obese, and a similar proportion is in the normal weight range. Canadians rank in the middle among the G7 countries in terms of the proportion of the population that is obese.

[3] Young TK. Obesity, central fat patterning and their metabolic correlates among the Inuit of the Central Canadian Arctic. *Human Biology* 1996; 68(2):245–63.

Body Weight and Composition (not audited)

Percent of population who are obese (BMI >30), by sex, selected countries



Source: Organisation for Economic Cooperation and Development, Health Data, 2004.

Notes: Data for Germany and U.S.A. are from 1999; data for Italy are from 2000; data for Canada are from 2001; data for France, Japan and U.K. are from 2002.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

18 Immunization for influenza, aged 65 plus ("Flu Shot")

Theme: Health Status and Wellness

Priority Area: Healthy Canadians

Description: This indicator measures the percentage of the adult population aged 65 and older who reported that they had received a flu shot in the 12 months before they were surveyed.

Results: Data from Statistics Canada show that 62.1% of the Canadian population aged 65 and over were immunized for influenza in the 12 months before they were surveyed, while another 10.3% had received flu shots one or more years before the survey. In contrast, 20.6% reported that they had never been immunized.

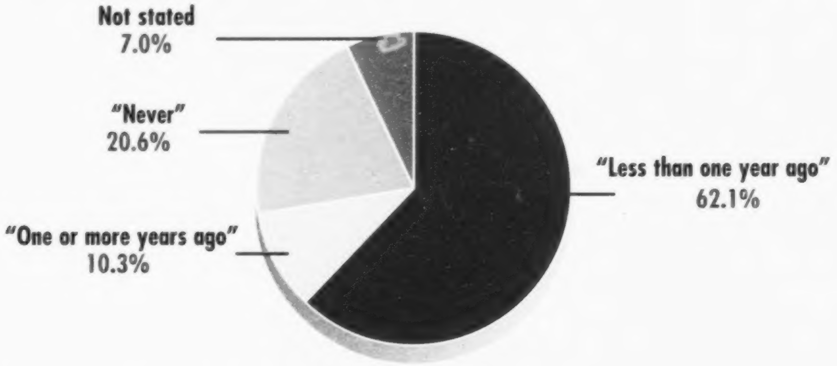
Canada ranks in the middle of the G7 countries in terms of the percentage of the population aged 65 and older who had been immunized against influenza in the 12 months preceding the survey — 63.0% of Canadians reported having had a flu shot in 2000.

Comment: Most Canadian seniors are taking steps to prevent influenza by getting regular flu shots.

Data for this indicator exclude residents of institutions.

Influenza Immunization

Percent of population aged 65 and over who were immunized in selected timeframes, both sexes (age standardized), Canada, 2003

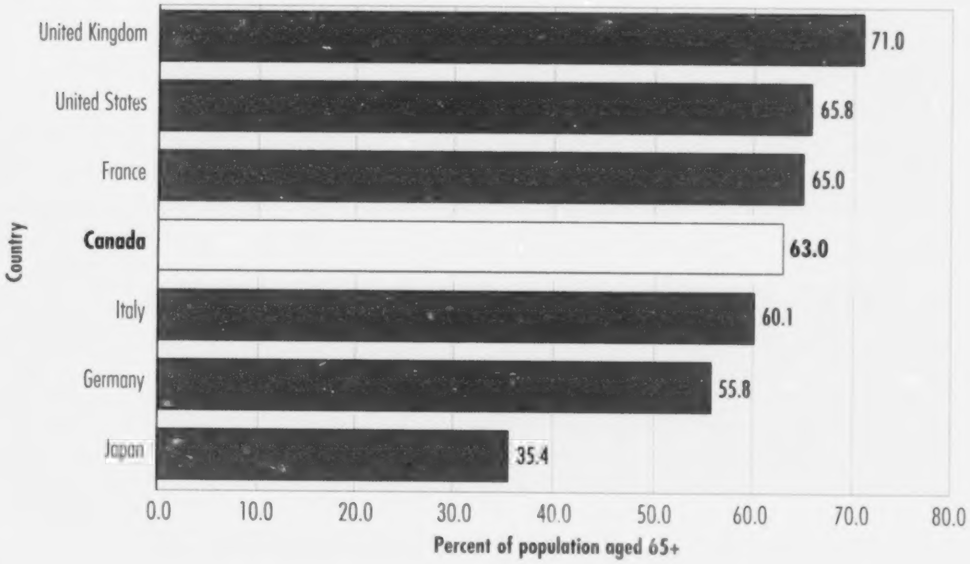


Source: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Includes household population aged 65 and over reporting when they had their last influenza immunization (flu shot).
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

Influenza Inoculation (not audited)

Percent of population aged 65 and over having been immunized during the past 12 months, selected countries



Source: Organisation for Economic Cooperation and Development, Health Data, 2004.

Notes: Data for Canada are from 2000; data for France and Germany are from 2001; data for Italy, Japan and U.S.A. are from 2002; data for U.K. are from 2003.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

IV

Health Information — Challenges and Next Steps

Health information and integrated health information systems will continue to play a key role in supporting the health objectives of Canadians as individuals and as a society. Recognizing this, the federal government has, in recent years, invested substantial resources in improving health information systems to better respond to the needs of Canadians.

Since 1999, the federal government has invested over $280.0 million in the modernization of health information in Canada. This has strengthened our ability to make evidence-based decisions and has allowed improved reporting on both the health of Canadians and the health care delivery system. Similar investments have also been made in collecting data on Aboriginal peoples. In the 2003 federal budget, $6.0 million was committed over four years to enhance the gathering and analysis of health data on Aboriginal populations.

Investments in health information have yielded notable dividends, including supporting the First Ministers' Health Accord reporting commitments; allowing the development of new data sources; improving data quality; enhancing the development of national data standards; and providing increased accountability by making health information available to the public. For example, data on all of the new indicators included in this report have been provided by Statistics Canada. Similarly, with the exception of seven indicators that were obtained from provincial sources, all remaining indicators were derived from national datasets, which are available from the Canadian Institute for Health Information and Health Canada.

Although significant progress has been made, more work is needed to further the accomplishments to date and to improve the capacity to collect, develop, identify and report on national data in a consistent and comparable way. Thus, while the current national datasets are attractive in terms of comparability across jurisdictions, requiring minimal investment on the part of governments, they are not adequate sources for some of the new indicators that need to be developed from scratch (for example, indicators for home care and catastrophic drug coverage). Comparable health indicator reporting in support of the First Ministers' Health Accord commitments has, among other things, reinforced the role of the national information organizations as major data providers. It has not, however,

increased the demand for harmonized provincial and territorial health administrative data systems.

Further development is also required for the 2003 Health Accord theme of Sustainability and for the priority area of Home Care to allow for the reporting of comparable data across Canada. As reporting on this theme and priority area is not yet possible, neither one is covered in this report.

To fill some of the gaps identified above, a process has been initiated by the Advisory Committee on Governance and Accountability for the further development of indicators for long-term reporting (2006 and beyond). While some of these indicators can be developed within a relatively short timeframe, others may require development over the longer term. For example, for those indicators where no data are currently available, a longer and more involved development period will be required. The first step in this process is under way and involves a feasibility study on the process needed to develop valid, more reliable and appropriate indicators to achieve the goals described in the 2003 Health Accord.

There are also several challenges to obtaining quality data on Aboriginal populations. Two main issues persist: the inability to consistently track treatment and outcome data specific to Aboriginal clients once they are in a provincial system; and the difficulty in distinguishing between Aboriginal groups (indicating the need for Aboriginal-specific identifiers). The Health Information and Analysis Initiative (HIAI) is a two-year Health Canada initiative implemented in 2002–03 as part of its commitment to improve the data-gathering effort on the health status of First Nations and Inuit populations. Since this initiative began, Health Canada has published two editions of the *Statistical Profile on the Health of First Nations*, created policies on privacy and data quality assurance and developed data dictionaries of the major data holdings.

Much of the information included on the Aboriginal population in this report comes from the Aboriginal Peoples Survey 2001, conducted by Statistics Canada in partnership with national Aboriginal organizations, with a response rate of 84%. This represents a notable improvement in data quality in Aboriginal reporting from the 2002 report; however, minor limitations still exist. For example, due to a high number of refusals by First Nations communities in Quebec to participate in the survey, no provincial-level data for the Quebec reserve population is available. Overall, data for

on-reserve and non-reserve populations were published separately, with no aggregate data to reflect the whole Aboriginal population in Canada. For all Aboriginal data, every effort has been made to identify the data limitations, and provide sources for further information where available.

A number of unique circumstances affect the delivery of health care to Aboriginal populations, including the fragmentation of Aboriginal health care delivery between federal, provincial/territorial and community governments; remoteness of Aboriginal communities; and issues surrounding community self-governance. In order to reduce the health disparities between Aboriginal and non-Aboriginal peoples, the Aboriginal Health Reporting Framework initiative was launched with the 2003 *First Ministers' Accord on Health Care Renewal.* In it, the First Ministers directed health ministers to:

> "... consult with Aboriginal peoples on the development of a comparable Aboriginal Health Reporting Framework. They further agree to consult with Aboriginal peoples in this effort, to use comparable indicators, and to develop the necessary data infrastructure. This reporting will inform Canadians on progress achieved and key outcomes. It will also inform Canadians on current programs and expenditures, providing a baseline against which new investments can be tracked, as well as on service levels and outcomes."

The Aboriginal Health Reporting Framework should create a clearer picture of the health and well-being of Aboriginal peoples across Canada. This will provide improved information for decision makers at all levels — Aboriginal, provincial, territorial and federal governments. It will also supply a baseline against which to measure progress, and assist in directing new investments to the areas where they will have the most impact.

The responsibility for the development of the Aboriginal Health Reporting Framework has been given to a task group made up of representatives from the federal government, the provinces and territories and the five national Aboriginal organizations. It is hoped that the development of the framework will help resolve some of the Aboriginal health data issues across Canada.

Statement of Responsibility

Deputy Minister of Health
Health Canada

Management's Responsibility for Health Indicator Reporting

Health Canada is responsible for the preparation and presentation of the *Healthy Canadians* report which includes "18 featured, comparable health indicators," as identified and defined by the Conference of Deputy Ministers of Health.

To the best of our knowledge, the information in this report is complete, accurate (unless otherwise noted and explained), and limitations on the data are adequately disclosed, bearing in mind the needs of the intended users of this report. Information is provided where departures from agreed upon specifications are necessary or further explanation was required to assist in data interpretation.

Information on one indicator (prevalence of diabetes) and the health information systems that provide the data for reporting it in *Healthy Canadians* are the responsibility of Health Canada. This responsibility consists of maintaining the required information systems and adequate controls to ensure that the information generated by the systems is accurate. Health Canada health information systems provide a national picture of the health status and health outcomes of Canadians. This requires working in close collaboration and agreement with provincial and territorial governments and other jurisdictions that provide the data voluntarily.

In preparing this report, Health Canada also relied on information provided from external parties, including Statistics Canada for 16 of the health indicators and the Canadian Institute for Health Information (CIHI) for one of the indicators (ambulatory care sensitive conditions). Health Canada is reasonably confident that the information obtained from these external sources is accurate and free of significant misrepresentation. Health Canada takes all reasonable steps to assure itself of the quality of the information provided by external sources, including Statistics Canada and CIHI for inclusion in *Healthy Canadians*.

The Auditor General of Canada was engaged to provide third party verification in the form of an audit opinion on this report.

Ian Green, Deputy Minister

Auditor General of Canada
Vérificatrice générale du Canada

AUDITOR'S REPORT

To the Minister of Health

I have audited the 18 national health indicators presented in the Federal Government report on comparable health indicators of November 2004, as prepared by Health Canada. The report is published pursuant to the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal, which builds on the 2000 First Ministers' Meeting Communiqué on Health. The Conference of Deputy Ministers of Health identified and defined the specific indicators to be reported to Canadians. Health Canada is responsible for reporting the national health indicators.

My responsibility is to express an opinion on the completeness, accuracy and adequacy of disclosure of the 18 health indicators presented in the 2004 Federal Government report on comparable health indicators, based on my audit. However, my responsibility does not extend to assessing the performance achieved, nor the relevance or sufficiency of the health indicators selected for reporting. My work on the analysis and discussion of the health indicators presented in this report was limited to reading such information to ensure that it was not inconsistent with the result of the audited indicators. I did not audit data from international sources or data about Aboriginal populations. As well, my audit was limited to information related to the most recent year for which each indicator was reported.

I conducted my audit in accordance with the standards for assurance engagements established by the Canadian Institute of Chartered Accountants. Those standards require that I plan and perform an audit to obtain reasonable assurance whether the federal health indicators presented are free of significant misstatement. To this end, I audited these health indicators to determine whether they meet the criteria of completeness, accuracy and adequate disclosure, as presented in Annex A of my report. My audit includes examining, on a test basis, evidence supporting the health indicators and disclosures. My audit also includes assessing significant judgments made in the 2004 Federal Government report by management of Health Canada.

In my opinion the health indicators included in the Federal Government report present fairly, in all significant respects, the required information that is complete, accurate and adequately disclosed, using the criteria in Annex A. Further, in my opinion, the report adequately discloses and explains any departures from the criteria; specifically, why data for some areas of federal responsibility for health services are not provided.

My work included auditing the national data for the indicator of "Hospitalization rate for ambulatory care sensitive conditions." I was unable to form an opinion on this indicator in my 2002 report because a study on data quality had not been completed. This study has now been completed and I am able to form an opinion that, in the 2004 Federal Government report on comparable health indicators, this indicator presents fairly, in all significant respects, the required information that is complete, accurate and adequately disclosed, using the criteria in Annex A.

I am encouraged by the work undertaken by Health Canada in preparing this report.

Sheila Fraser, FCA
Auditor General of Canada
Ottawa, November 18, 2004

ANNEX A

Audit criteria

Health Canada has acknowledged the suitability of the following criteria:

Complete

According to the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal, the Conference of Deputy Ministers approved 70 indicators, including a subset of 18 indicators that all jurisdictions are to feature in their 2004 reports. All health indicators reported comply with the definitions, technical specifications and standards of presentation as approved. All 18 featured health indicators are reported.

Accurate

The health indicators reported adequately reflect the facts, to an appropriate and consistent level of accuracy, including the ability to make comparisons between jurisdictions and between the 2002 and 2004 reports within each jurisdiction, where applicable.

Adequate disclosure

The health indicators are defined and their significance and limitations on the data are explained. The report states and properly describes departures from what was approved by the Conference of Deputy Ministers and explains plans for the future resolution of the departures.

List of 18 Featured Indicators

Note: *In all, there are 70 indicators for public reporting in 2004. Eighteen of these indicators were designated for detailed (featured) reporting by all federal, provincial and territorial jurisdictions for 2004. Data for all indicators, for all 14 jurisdictions, are available on Web sites hosted by the Canadian Institute for Health Information (http://www.cihi.ca/comparable-indicators) and Statistics Canada (http://www.statcan.ca/english/freepub/82-401-XIE/2002000/index.htm).*

Priority Area and Indicator (and sub-indicator)		Indicator Count	Sub-indicator Count	Federal report includes data for:	
				Canada	First Nations
Theme: Timely Access					
Primary Health Care					
Difficulty obtaining routine or on-going health services	Difficulty obtaining routine or on-going health services	1	1	✔	*
Difficulty obtaining health information or advice	Difficulty obtaining health information or advice	2	2	✔	*
Difficulty obtaining immediate care	Difficulty obtaining immediate care	3	3	✔	*
Catastrophic Drug Coverage and Pharmaceutical Management					
Prescription drug spending as a percentage of income	Prescription drug spending as a percentage of income	4	4	✔	N/A
Diagnostic and Medical Equipment					
Self-reported wait times for diagnostic services	Median wait time for diagnostic services	5	5	✔	
	Distribution of wait times for diagnostic services		6		
Theme: Quality					
Primary Health Care					
Hospitalization rate for ambulatory care sensitive conditions	Hospitalization rate for ambulatory care sensitive conditions	6	7	✔	✔
Patient satisfaction with overall health care services	Patient satisfaction with overall health care services	7	8	✔	*
Patient satisfaction with community-based care	Patient satisfaction with community-based care	8	9	✔	
Patient satisfaction with telephone health line or tele-health services	Patient satisfaction with telephone health line or tele-health services	9	10	✔	N/A

Priority Area and Indicator (and sub-indicator)		Indicator Count	Sub-indicator Count	Federal report includes data for: Canada	Federal report includes data for: First Nations
***Theme: Quality** (continued)*					
Other Programs and Services					
Patient satisfaction with hospital care	Patient satisfaction with hospital care	10	11	✔	N/A
Health Human Resources					
Patient satisfaction with physician care	Patient satisfaction with physician care	11	12	✔	*
Theme: Health Status and Wellness					
Healthy Canadians					
Health adjusted life expectancy (HALE)	Health adjusted life expectancy (HALE) for overall population	12	13	✔	
	Health adjusted life expectancy (HALE) by income		14		
Prevalence of diabetes	Prevalence of diabetes	13	15	✔	✔
Self-reported health	Self-reported health	14	16	✔	✔
Teenage smoking rates	Teenage smoking rates: proportion current teenage smokers	15	17	✔	✔
	Teenage smoking rates: proportion daily smokers		18		
Physical activity	Physical activity	16	19	✔	
Body mass index	Body mass index	17	20	✔	✔
Immunization for influenza, aged 65 plus ("Flu Shot")	Immunization for influenza, aged 65 plus ("Flu Shot")	18	21	✔	

*Data available in Annex 2, but do not match the 2004 comparable reporting requirements. Available data address similar issues as 2004 indicators.

N/A — Indicator not applicable for the federal jurisdiction.

Data Tables for the 18 Featured Indicators

1 *Difficulty obtaining routine or on-going health services*

2 *Difficulty obtaining health information or advice*

3 *Difficulty obtaining immediate care*

Description: Grouped in this category are indicators that measure the percentage of people who reported having difficulty obtaining routine or on-going health services, health information or advice, and immediate care for a minor health problem at any time of the day in the 12 months prior to the survey.

Definitions:

1. Percent who required routine or on-going health services for self or a family member in the past 12 months and experienced difficulties obtaining them, based on the population 15 years of age and over.
2. Percent who required health information or advice for self or a family member in the past 12 months and experienced difficulty obtaining it at any time of the day, based on the population 15 years of age and over.
3. Percent who required immediate care for a minor health problem for self or a family member in the past 12 months and experienced difficulty obtaining it at any time of the day, based on the population 15 years of age and over.

Canada

Percent of Population Reporting Difficulty Accessing Health Services, Information or Advice, and Immediate Care

By type of service (age standardized), Canada, 2003*

Type of service	Percent reporting difficulty accessing service
Routine or on-going health services	16.4
Health information or advice	15.8
Immediate care for a minor health problem	23.8

Source: Statistics Canada, Health Services Access Survey, 2003.

Notes: Includes household population aged 15 and over reporting difficulty accessing these services in the 12 months prior to the survey, for self or a family member.
Based on the population requiring these services in the 12 months prior to the survey, for self or a family member.
Minor health problem includes fever, vomiting, major headaches, sprained ankle, minor burns, cuts, skin irritation, unexplained rash, etc.; non-life-threatening health problems or injuries due to a minor accident.
Age standardized to the 1991 Canadian population.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

*Data for Health Services Access Survey exclude the territories.

First Nations

The First Nations data for this indicator are derived from the results of the National Aboriginal Health Organization public opinion poll, "What First Nations Think About Their Health and Health Care" (2004), with approximately 1,200 respondents. The questions do not match the 2004 federal/provincial/territorial reporting requirements but do address similar issues.

First Nations — Difficulty Obtaining Health Care and Information (not audited)

In 2002, 17% of survey respondents reported that access to appointments with nurses was "somewhat" or "very" difficult. Thirty-three percent reported that access to appointments with doctors was "somewhat" or "very" difficult.

Thirty-six percent of First Nations survey respondents reported that they sought information on personal health issues such as nutrition, fitness and quitting smoking over the past year (30% of males and 39% of females).

Eighteen percent of First Nations living on-reserve reported an occasion when they had not obtained needed health care in the previous 12 months. Of those, 22% reported they did not receive care because the wait time was too long, followed by those who reported that the care was not available in their area (14%) or at the time required (13%).

Source: National Aboriginal Health Organization, "What First Nations Think About Their Health and Health Care," 2004.

Note: For additional exclusions/limitations see Annex 4.

4 Prescription drug spending as a percentage of income

Description: This indicator measures the percentage of Canadian households that spend more than a certain proportion (specifically, 0%, 1%, 2%, 3%, 4% or 5%) of their after-tax income out-of-pocket on prescription drugs.

Definition: Percent of households spending over given percentages (0%, 1%, 2%, 3%, 4% and 5%) of total after-tax income out-of-pocket on prescription drugs.

Canada

Prescription Drug Spending as a Percentage of Income

Percent of households, Canada, 1997–2002

Spending category	1997	1998	1999	2000	2001	2002
More than 0%	66.8	64.8	65.7	64.9	65.4	65.2
More than 1%	18.1	17.7	19.0	19.0	18.6	19.1
More than 2%	9.4	9.0	10.0	10.3	10.2	10.5
More than 3%	5.9	5.8	6.1	6.3	6.2	6.5
More than 4%	3.8	3.9	4.0	4.0	3.8	4.5
More than 5%	2.7	2.6	2.6	2.9	2.7	3.0

Source: Statistics Canada, Survey of Household Spending, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001 and 2002.

Notes: After-tax income is total income minus personal taxes.
Prescription drug spending only includes prescription drugs purchased by households. Over-the-counter drugs and drugs paid for by governments or insurance companies are not included.
Premiums for health care plans are not included.
If prescription drugs are covered by a plan but the household pays a certain percentage, the cost to the household is included in the figures above.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

There are a number of reasons why households may spend more than the maximum paid under a provincial prescription drug plan. These reasons include:

- The Survey of Household Spending is a household survey. Thus, multiple families or a number of non-related persons (room-mates, for example) could be in one household.
- In some cases, insurance premiums for a provincial prescription drug plan may have been reported as prescription drug spending.
- Households could live in more than one province in a survey year, but would be coded as living in the province at the time they were surveyed.
- People who change insurers may not request the required documentation from their previous insurer to ensure that they do not spend more than the maximum.
- Prescription drug spending while persons are temporarily outside of their home province may not be covered under the provincial plan.
- Spending could be on prescription drugs not covered under the provincial formulary.

5 Self-reported wait times for diagnostic services

- Median wait time for diagnostic services
- Distribution of wait times for diagnostic services

Description: This indicator measures the median wait time reported by people requiring a diagnostic service and the proportion of people who report waiting for a required diagnostic service for three different time periods (less than one month, one to three months and more than three months). The wait time refers to the time in weeks between the time when the patient is referred for a service and when the patient actually receives the service in the 12 months prior to the survey. Patients who had not yet received the service (or who are still waiting) are excluded from the definition of this indicator.

Definitions:

- **Reported median wait time for diagnostic services.**
  Wait time refers to the length of time, in weeks, between the patient being referred for a specialized service and receiving the service, during the 12 months prior to the survey. The median is the 50th percentile of the distribution of wait times: half the patients wait less and half wait longer than the median number of weeks. Patients who have not yet received the service are excluded from the indicator calculation. *Note: Diagnostic tests include non-emergency MRIs, CT scans and angiographies only.*
- **Distribution of reported wait times for diagnostic services.**
  Wait time refers to the length of time, in weeks, between the patient being referred for a diagnostic service and receiving the service. The indicator is the percent of those requiring a diagnostic service who waited less than one month, between one to three months or more than three months to receive the service, during the 12 months prior to the survey. Patients who have not yet received the service are excluded from the indicator calculation.

Canada

Self-reported Wait Times for Diagnostic Services

Median wait time, Canada, 2001 and 2003*

	2001	2003
Weeks	3.0**	3.0

Source: Statistics Canada, Health Services Access Survey, 2001and 2003.

Notes: Based on household population aged 15 and over who reported a need for a selected diagnostic test in the 12 months prior to the survey.
Diagnostic tests include non-emergency MRIs, CT scans and angiographies only.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

*Data for Health Services Access Survey exclude the territories.
**Use with caution (high sampling variability).

Self-reported Wait Times for Diagnostic Services

Distribution of wait times, Canada, 2001 and 2003*

	2001	2003
Less than one month	54.7	57.5
One to three months	36.1	31.1
Longer than three months	9.1**	11.5

Source: Statistics Canada, Health Services Access Survey, 2001and 2003.

Notes: Based on household population aged 15 and over who reported a need for a selected diagnostic test in the 12 months prior to the survey.
Diagnostic tests include non-emergency MRIs, CT scans and angiographies only.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

*Data for Health Services Access Survey exclude the territories.
**Use with caution (high sampling variability).

6 Hospitalization rate for ambulatory care sensitive conditions

Description: This indicator measures hospitalization rates per 100,000 population for chronic conditions that can often be cared for in the community, such as diabetes, asthma, alcohol and drug dependence and abuse, neuroses, depression and hypertensive disease.

Definition: Age-standardized inpatient hospitalization rate for conditions where appropriate ambulatory care prevents or reduces the need for admission to hospital.

Canada

Ambulatory Care Sensitive Conditions

By sex (age standardized), Canada, 1995–96 to 2001–02

Year	Both sexes	Males	Females
1995–96	503	513	492
1996–97	463	475	450
1997–98	447	461	431
1998–99	411	425	397
1999–2000	401	418	383
2000–01	370	389	352
2001–02	346	367	325

Sources: Canadian Institute for Health Information, Hospital Morbidity Database; Statistics Canada, Census; Institut de la statistique du Québec.

Notes: Hospitalization rates are per 100,000 population.
Age standardized to the 1991 Canadian population.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

First Nations

Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch, using provincial data from British Columbia, Saskatchewan and Manitoba, estimates that ambulatory care sensitive conditions are four to five times higher for First Nations and Inuit populations than for the Canadian population as a whole. Due to reporting difficulties, this ratio includes all First Nations (on- and off-reserve) and not only those on reserves. About one third of the First Nations residing on-reserve have varying degrees of remoteness. It should be noted that these numbers allow for more than one admission for the same person per year.

Ambulatory Care Sensitive Conditions (not audited)

First Nations (on- and off-reserve) (age standardized), 1995–96 to 2000–01*

Year	Both sexes
1995–96	2,196
1996–97	2,104
1997–98	2,057
1998–99	1,847
1999–2000	1,659
2000–01	1,567

Sources: Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch; Manitoba Health; Saskatchewan Health; British Columbia Ministry of Health Planning.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Hospitalization rates are per 100,000 population.
Caution should be exercised in generalizing the characteristics of the three provinces included in this data to the entire First Nations population in Canada.
For more information on data limitations, visit:
<http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/sppa/hia/publications/statistical_profile.htm>.

*First Nations data are for British Columbia, Saskatchewan and Manitoba only.

7 Patient satisfaction with overall health care services

Description: Patient satisfaction with overall health care services refers to the percentage of the population who used health care services in the 12 months prior to the survey, and who reported that they were either "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way the services were provided.

Definition: Percentage of the population aged 15 and over who rate themselves as either very satisfied or somewhat satisfied with the overall health care services received.

Advisory to Readers: The actual meaning of the indicator is patient satisfaction with *the way* the service was provided and not with the service as a whole.

Canada

Patient Satisfaction with Overall Health Care Services

By sex (age standardized), Canada, 2000–01 and 2003

	Percent of population who were very satisfied or somewhat satisfied with the way services were provided	
	2000–01	**2003**
Both sexes	84.4	84.9
Males	84.2	85.0
Females	84.5	84.8

Source: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2000–01 and 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Based on household population aged 15 and over who reported receiving health care services in the 12 months prior to the survey.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

First Nations

The First Nations data for this indicator are derived from the results of the National Aboriginal Health Organization public opinion poll, "What First Nations Think About Their Health and Health Care" (2004), with approximately 1,200 respondents. The questions do not match the 2004 federal/provincial/territorial reporting requirements but do address similar issues.

Rating of Health Care Received Over the Last Year (not audited)
First Nations on-reserve, 2002

	Percent of survey respondents
Positive rating	67

Source: National Aboriginal Health Organization, "What First Nations Think About Their Health and Health Care," 2004.

Notes: "Positive rating" refers to ratings of "excellent" or "good" for quality of health care services received.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

International

The following table does not match the 2004 federal/provincial/territorial reporting requirements but does address similar issues.

Health Care Satisfaction (not audited)
Selected countries

Country	Percent of population expressing need for reforms as a reflection of satisfaction with their health care system		
	Completely rebuild system	Fundamental changes needed	Minor changes needed
Japan	6	47	29
France	10	42	41
West Germany	11	55	30
Canada	18	59	21
United Kingdom	18	60	21
United States	28	51	18
Italy	40	46	12

Source: Organisation for Economic Cooperation and Development, Health Data, 2004.

Notes: Data for France, Italy and Japan are from 1988–91; data for West Germany are from 1994; data for Canada, U.K. and U.S.A. are from 2001.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

Patient satisfaction with community-based care

Description: Patient satisfaction with community-based care is the percentage of the population who used community-based services in the 12 months prior to the survey, and who reported being "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way the care was provided.

Definition: Percentage of the population aged 15 and over who rate themselves as either very satisfied or somewhat satisfied with community-based services received. The Canadian Community Health Survey definition for "community-based care" includes any health care received outside of a hospital or doctor's office (e.g., home nursing care, home-based counselling or therapy, personal care, community walk-in clinics).

Advisory to Readers: The actual meaning of the indicator is patient satisfaction with *the way* the service was provided and not with the service as a whole.

Canada

Patient Satisfaction with Community-based Care

By sex (age standardized), Canada, 2000–01 and 2003

	Percent of population who were very satisfied or somewhat satisfied with the way care was provided	
	2000–01	**2003**
Both sexes	81.6	83.0
Males	80.0	84.5
Females	82.7	82.0

Source: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2000–01 and 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Based on household population aged 15 and over who reported receiving community-based health care in the 12 months prior to the survey, excluding that received through a hospital or doctor's office.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

9 Patient satisfaction with telephone health line or tele-health services

Description: Patient satisfaction with telephone health line or tele-health services refers to the percentage of the population who used a telephone health line or tele-health service in the 12 months prior to the survey, and who reported being "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way the services were provided.

Definition: Percentage of the population aged 15 and over who rate themselves as either very satisfied or somewhat satisfied with the telephone health line or tele-health service received.

Advisory to Readers: The actual meaning of the indicator is patient satisfaction with *the way* the service was provided and not with the service as a whole.

Canada

Patient Satisfaction with Telephone Health Line or Tele-health Services

By sex (age standardized), Canada, 2003

	Percent of population who were very satisfied or somewhat satisfied with the way services were provided
Both sexes	83.7
Males	86.0
Females	82.7

Source: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Based on household population aged 15 and over who reported using telephone health line services in the 12 months prior to the survey.
There are no telephone health line or tele-health services in Nunavut and Yukon.
Telephone health line includes health hotline or tele-health services provided by a nurse or other health specialist. There must be live interaction. Therefore, automated services are excluded for this indicator.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

10 Patient satisfaction with hospital care

Description: Patient satisfaction with hospital care measures the percentage of the population who used hospital services in the 12 months prior to the survey, and who reported being "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way the care was provided.

Definition: Percentage of the population aged 15 and over who rate themselves as either very satisfied or somewhat satisfied with the way hospital services were provided.

Advisory to Readers: The actual meaning of the indicator is patient satisfaction with *the way* the service was provided and not with the service as a whole.

Canada

Patient Satisfaction with Hospital Care

By sex (age standardized), Canada, 2000–01 and 2003

	Percent of population who were very satisfied or somewhat satisfied with the way care was provided	
	2000–01	**2003**
Both sexes	78.5	81.1
Males	78.7	80.7
Females	78.0	81.2

Source: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2000–01 and 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Based on household population aged 15 and over who reported receiving hospital care in the 12 months prior to the survey.
Refers to the most recent care received from a hospital.
Results should be treated with caution because a proportion of the difference may be explained by the mode in which the data were collected from the respondent (i.e., by phone or in person).
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

11 Patient satisfaction with physician care

Description: Patient satisfaction with physician care refers to the percentage of the population who used physician services in the 12 months prior to the survey, and who reported being "very satisfied" or "somewhat satisfied" with the way the care was provided.

Definition: Percent of population 15 years old and older who rate themselves as either very satisfied or somewhat satisfied with the care received from a physician — family doctor or medical specialist (excluding services received in a hospital).

Advisory to Readers: The actual meaning of the indicator is patient satisfaction with *the way* the service was provided and not with the service as a whole.

Canada

Patient Satisfaction with Physician Care

By sex (age standardized), Canada, 2000–01 and 2003

	Percent of population who were very satisfied or somewhat satisfied with the way care was provided	
	2000–01	**2003**
Both sexes	90.7	91.4
Males	90.4	91.7
Females	90.8	91.0

Source: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2000–01 and 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Based on household population aged 15 and over who reported receiving health care services from a family doctor or other physician during the 12 months prior to the survey, excluding those services which may have been received during a hospital visit.
Refers to the most recent care received from a physician.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

First Nations

The First Nations data for this indicator are derived from the results of the National Aboriginal Health Organization public opinion poll, "What First Nations Think About Their Health and Health Care" (2004), with approximately 1,200 respondents. The questions do not match the 2004 federal/provincial/territorial reporting requirements but do address similar issues.

First Nations — Patient Satisfaction with Physician Care (not audited)

Of the 67% who provided a positive rating* for the quality of health care they received, 15% reported they did because they had a "good/approachable" doctor.

Source: National Aboriginal Health Organization, "What First Nations Think About Their Health and Health Care," 2004.

Note: For additional exclusions/limitations see Annex 4.

*Positive rating refers to ratings of "excellent" or "good" for quality of health care services received.

12 *Health adjusted life expectancy (HALE)*

- Health adjusted life expectancy (HALE) for overall population
- Health adjusted life expectancy (HALE) by income

Description: Health adjusted life expectancy (HALE) is an indicator of overall population health. It represents the number of expected years of life equivalent to years lived in full health, based on the average experience in a population. Trends in HALE should be examined in conjunction with trends in life expectancy (LE). If HALE increases more over time than LE, we can then conclude that added years of life expectancy are indeed more often years in better health. HALE can be measured for the general population as a whole, as well as for different household income levels.

Definitions: Health adjusted life expectancy (HALE) is an indicator of overall population health. It combines measures of both age- and sex-specific health status, and age- and sex-specific mortality into a single statistic. HALE represents the number of expected years of life equivalent to years lived in full health, based on the average experience in a population. In this sense, HALE is not only a measure of quantity of life but also a measure of quality of life.

Advisory to Readers: HALE is a relatively new indicator, and embodies a number of assumptions which are important for its interpretation.

Canada

Health Adjusted Life Expectancy

By sex and income terciles, at birth and age 65, Canada, 2001

Age group	Sex	Income group	2001
At birth	Males	All income groups	68.3
		Lowest	65.8
		Middle	68.6
		Highest	70.5
	Females	All income groups	70.8
		Lowest	69.1
		Middle	70.8
		Highest	72.3
At age 65	Males	All income groups	12.7
		Lowest	12.0
		Middle	12.9
		Highest	13.3
	Females	All income groups	14.4
		Lowest	14.2
		Middle	14.3
		Highest	14.7

Source: Statistics Canada, Canadian Vital Statistics, Death Database; National Population Health Survey, 1996–97; Canadian Community Health Survey, 2000–01; 2001 Census.

Notes: For additional exclusions/limitations see Annex 4.
For additional notes on HALE, consult: <http://www.statcan.ca/hale>.

13 Prevalence of diabetes

Description: This indicator shows the percentage of individuals aged 20 years and older with all types of diabetes.

Definition: The prevalence rate of diagnosed diabetes among health service users per 100 population.

Canada

Prevalence of Diabetes (all types)

By sex and selected age groups, Canada, 1997–98 to 1999–2000*

	Percent of population aged 20 years and older								
	1997–98			1998–99			1999–2000		
Age group	**Both sexes**	**Males**	**Females**	**Both sexes**	**Males**	**Females**	**Both sexes**	**Males**	**Females**
20–29	0.6	0.4	0.7	0.7	0.5	0.8	0.7	0.5	0.9
30–39	1.2	1.0	1.4	1.3	1.1	1.6	1.5	1.2	1.8
40–49	2.4	2.6	2.2	2.6	2.9	2.4	2.8	3.0	2.6
50–54	4.9	5.7	4.1	5.3	6.2	4.5	5.6	6.4	4.7
55–59	7.1	8.3	6.0	7.7	9.0	6.5	8.1	9.5	6.8
60–64	9.4	10.7	8.1	10.3	11.9	8.9	10.9	12.5	9.3
65–69	11.5	12.9	10.2	12.5	14.1	11.0	13.2	14.9	11.5
70–74	12.9	14.5	11.7	14.1	15.9	12.7	15.0	16.9	13.5
75–79	13.2	14.8	12.1	14.5	16.3	13.2	15.5	17.4	14.2
80–84	12.5	14.0	11.6	13.8	15.4	12.8	14.8	16.7	13.7
85+	10.1	11.5	9.5	11.3	12.8	10.6	12.2	13.8	11.5
Total	**4.3**	**4.5**	**4.1**	**4.8**	**5.0**	**4.6**	**5.1**	**5.4**	**4.9**

Source: Health Canada, National Diabetes Surveillance System (NDSS).

Notes: Diabetes prevalence data reported in 2004 are for the same time period (1999-2000) as in *Healthy Canadians: A Federal Report on Comparable Health Indicators 2002.* However, the data in this (2004) report are final and include data for Northwest Territories and Nunavut.
Where available, new data will be featured in future reports.
All diabetes types are included: diabetes type 1, diabetes type 2 and gestational diabetes.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

*Excludes New Brunswick and Newfoundland and Labrador.

First Nations and Inuit

Age groups for this indicator do not match the 2004 federal/provincial/territorial reporting requirements.

Self-reported Prevalence of Diabetes (all types) (not audited)

By sex and selected age groups, North American Indian (on-reserve) and Inuit (non-reserve), 2001*

Age group	North American Indian			Inuit		
	Both sexes	Males	Females	Both sexes	Males	Females
15–24	1.6	#	2.5	..	..	..
25–34	6.7	3.9	9.2	..	..	..
35–44	10.9	8.1	13.6	..	..	..
45–54	19.3	16.6	22.7	..	..	..
55–64	32.0	27.0	37.4	..	..	..
65+	32.6	28.4	35.9	..	..	..
Total	**11.5**	**8.9**	**14.0**	**2.3**	**1.8****	**2.8****

Source: Statistics Canada, Aboriginal Peoples Survey (APS), 2001 — Custom tabulations produced for Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.

Notes: North American Indian identity population includes those who reported identifying as North American Indian (either as a single response or in combination with Métis and/or Inuit).
Caution should be exercised in generalizing the characteristics of the reserves that participated in APS to the entire on-reserve population in Canada. Any aggregation of APS reserve data is only representative of the reserves that participated in APS and cannot be considered representative of the total on-reserve population.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.
For more information on the APS, visit: <http://www.statcan.ca/english/freepub/89-591-XIE/free.htm>.

*Selected participating reserves.
**Use with caution (high sampling variability).
.. Indicates no data available.
Data suppressed to protect confidentiality.

Additional First Nations information is available from the First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03 (Adult Survey).

Self-reported Prevalence of Diabetes (all types) (not audited)

By selected age group, First Nations (on-reserve), 2002–03

Age group	Percent
20–34	4
35–54	17
55+	36

Source: National Aboriginal Health Organization, First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS), 2002–03 (Adult Survey).

Notes: For additional exclusions/limitations see Annex 4.
For more information on the RHS, visit: <http://www.naho.ca/fnc/rhs>.

14 Self-reported health

Description: Self-reported health measures the percentage of the population aged 12 and over who rated their health as either "excellent" or "very good."

Definition: Percent of the population aged 12 and older who report that their health is very good or excellent.

Canada

Self-reported Health

By sex (age standardized), Canada, 1994–95 to 2003

		Percent of population with very good or excellent self-reported health		
Year		**Total**	**Percent with very good self-reported health**	**Percent with excellent self-reported health**
1994–95	**Both sexes**	63.3	37.6	25.7
	Males	65.0	38.4	26.7
	Females	61.5	36.8	24.6
1996–97	**Both sexes**	63.9	38.6	25.4
	Males	65.3	38.8	26.5
	Females	62.5	38.4	24.1
1998–99	**Both sexes**	65.9	39.7	26.2
	Males	67.6	38.9	28.7
	Females	64.2	40.5	23.7
2000–01	**Both sexes**	62.5	36.3	26.2
	Males	63.6	36.0	27.5
	Females	61.4	36.6	24.9
2003	**Both sexes**	59.6	36.6	23.0
	Males	60.3	36.6	23.7
	Females	59.0	36.7	22.3

Source: Statistics Canada, National Population Health Survey, 1994–95 to 1998–99; Canadian Community Health Survey, 2000–01 and 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Based on household population aged 12 and over who rate their own health status as being "excellent" or "very good."
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

First Nations and Inuit

Age groups for this indicator do not match the 2004 federal/provincial/territorial reporting requirements.

Self-reported Health (not audited)

By selected age groups, North American Indian (on-reserve) and Inuit (non-reserve), 2001*

	North American Indian (On-reserve)	Inuit (Non-reserve)
Age group	Percent of population with "excellent" or "very good" self-reported health	
15–24	61.1	62.7
25–34	55.3	59.9
35–44	46.6	56.8
45–54	35.7	51.6
55–64	23.5	38.8
65+	16.7	28.6

Source: Statistics Canada, Aboriginal Peoples Survey (APS), 2001 — Custom tabulations produced for Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.

Notes: The North American Indian identity population includes those who reported identifying as North American Indian (either as a single response or in combination with Métis and/or Inuit). The Inuit identity population includes those who reported identifying as Inuit (either as a single response or in combination with North American Indian and/or Métis).

Non-reserve population includes Aboriginal people who do not live on Indian reserves, with the exception of the Northwest Territories, in which case the total (on- and non-reserve) Aboriginal population is included.

Caution should be exercised in generalizing the characteristics of the reserves that participated in APS to the entire on-reserve population in Canada. Any aggregation of APS reserve data is only representative of the reserves that participated in APS and cannot be considered representative of the total on-reserve population.

For additional exclusions/limitations see Annex 4.

For more information on the APS, visit: <http://www.statcan.ca/english/freepub/89-591-XIE/free.htm>.

*Selected participating reserves.

International

The following table does not match the 2004 federal/provincial/territorial reporting requirements but does address similar issues.

Self-reported Health (not audited)

By sex, selected countries

Country	Percent of population reporting "good or better" health	
	Males	Females
United States	89.7	88.0
Canada	88.8	87.3
United Kingdom	78.5	77.1
France	75.2	71.1
Germany	68.3	64.0
Italy	65.6	55.5
Japan	43.1	38.4

Source: Organisation for Economic Cooperation and Development, Health Data, 2004.

Notes: Data for Germany are from 1998; data for Italy, Japan and Canada are from 2001; data for France, U.K. and U.S.A. are from 2002.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

15 Teenage smoking rates

- Teenage smoking rates: proportion current teenage smokers
- Teenage smoking rates: proportion daily smokers

Description: This indicator shows the percentage of the population aged 12 to 19 years (as a proportion of the total population in this age group) who reported that they were current smokers (which includes occasional and daily) and the percentage who reported that they were daily smokers.

Definition: Percentage of population aged 12–19 (inclusive) reporting they are current smokers (current includes daily and occasional smokers) at the time of the interview and percentage of population aged 12–19 (inclusive) reporting that they are daily smokers at the time of the interview.

Canada

Teenage Smoking Rates
By sex, Canada, 1994–95 to 2003

		Percent of population aged 12–19 years reporting they are current smokers		
Year		**Total**	**Percent who are daily smokers**	**Percent who are occasional smokers**
1994–95	**Both sexes**	20.9	13.6	7.3
	Males	18.5	12.2	6.3*
	Females	23.5	15.1	8.4*
1996–97	**Both sexes**	21.6	15.8	5.9
	Males	20.0	14.9	5.1
	Females	23.3	16.6	6.7
1998–99	**Both sexes**	19.4	15.2	4.2
	Males	16.5	13.2	3.3*
	Females	22.4	17.4	5.0*
2000–01	**Both sexes**	18.7	12.9	5.8
	Males	17.6	12.1	5.5
	Females	19.8	13.6	6.2
2003	**Both sexes**	14.8	9.1	5.7
	Males	14.4	8.9	5.5
	Females	15.2	9.3	6.0

Source: Statistics Canada, National Population Health Survey, 1994–95 to 1998–99; Canadian Community Health Survey, 2000–01 and 2003.

Notes: Current smokers include daily smokers and occasional smokers.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

*Use with caution (high sampling variability).

First Nations and Inuit

Age groups for this indicator do not match the 2004 federal/provincial/territorial reporting requirements.

Teenage Smoking Rates (not audited)

By sex, North American Indian (on-reserve) and Inuit (non-reserve), 2001*

	North American Indian			Inuit		
	Percent who report that they are current smokers			Percent who report that they are current smokers		
	Total	Daily smokers	Occasional smokers	Total	Daily smokers	Occasional smokers
Both sexes	60.4	42.4	18.0	69.1	60.4	8.6
Males	59.1	42.1	17.1	66.4	58.4	8.0**
Females	61.7	42.7	19.2	71.5	62.2	9.2**

Source: Statistics Canada, Aboriginal Peoples Survey (APS), 2001 — Custom tabulations produced for Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.

Notes: Teen includes all persons aged 15 to 19 years.
The North American Indian identity population includes those who reported identifying as North American Indian (either as a single response or in combination with Métis and/or Inuit).
The Inuit identity population includes those who reported identifying as Inuit (either as a single response or in combination with North American Indian and/or Métis).
Non-reserve population includes Aboriginal people who do not live on Indian reserves, with the exception of the Northwest Territories, in which case the total (on- and non-reserve) Aboriginal population is included.
Caution should be exercised in generalizing the characteristics of the reserves that participated in APS to the entire on-reserve population in Canada. Any aggregation of APS reserve data is only representative of the reserves that participated in APS and cannot be considered representative of the total on-reserve population.
Current smokers include daily smokers and occasional smokers.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.
For more information on the APS, visit: <http://www.statcan.ca/english/freepub/89-591-XIE/free.htm>.

*Selected participating reserves.
**Use with caution (high sampling variability).

16 Physical activity

Description: Physical activity measures the percentage of the population aged 12 years and older who reported themselves as being active and those who reported themselves as being inactive.

Definitions:

- Percentage of the population aged 12 and over who report a physical activity index of "active."
- Percentage of the population aged 12 and over who report a physical activity index of "inactive."

Canada

Physical Activity

By sex (age standardized), Canada, 1994–95 to 2003

Year		Percent of population who report being "active"			Percent of population who report being "inactive"
		Percent who report being active	Percent who report being moderately active	Total	
1994–95	**Both sexes**	18.5	20.8	39.3	54.8
	Males	21.6	20.6	42.2	49.6
	Females	15.4	21.1	36.5	59.7
1996–97	**Both sexes**	20.1	21.9	42.1	54.9
	Males	23.0	21.5	44.5	51.4
	Females	17.3	22.5	39.8	58.1
1998–99	**Both sexes**	22.1	23.8	45.9	50.9
	Males	24.7	24.6	49.3	46.7
	Females	19.6	23.1	42.7	54.8
2000–01	**Both sexes**	21.4	21.6	43.0	48.6
	Males	24.0	21.1	45.0	43.8
	Females	18.9	22.3	41.2	53.1
2003	**Both sexes**	26.7	24.3	51.0	46.4
	Males	30.3	23.5	53.8	42.9
	Females	23.2	25.1	48.3	49.6

Source: Statistics Canada, National Population Health Survey, 1994–95 to 1998–99; Canadian Community Health Survey, 2000–01 and 2003.

Notes: "Active" — includes those individuals reporting combined active (≥3.0 kcal/kg/day) and moderately active (1.5–2.9 kcal/kg/day) levels of physical activity.
"Inactive" — includes those individuals reporting an inactive level of physical activity (<1.5 kcal/kg/day).
Age standardized to the 1991 Canadian population.
Includes household population aged 12 and over reporting a level of physical activity, based on their responses to questions about frequency, duration and intensity of their leisure-time physical activity.
Results should be treated with caution because a proportion of the difference may be explained by the mode in which the data were collected from the respondent (i.e., by phone or in person).
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

17 Body mass index

Description: This indicator measures the percentage of the population aged 18 and over (excluding pregnant women) with a calculated body mass index (BMI) falling into one of four categories: underweight, normal weight, overweight or obese. The category "obese" is further broken down into three classes: obese I, obese II and obese III.

Definition: Percent of adults who report a [computed] body mass index in specified categories, ranging from underweight to obese.

Body mass index (BMI) is based on self-reported height and weight, and calculated for persons 18 years of age and over, excluding pregnant women. Due to different rates of growth for individuals under 18 years of age, the standard BMI is not considered a suitable indicator for this group. BMI is calculated as weight (in kilograms) divided by height (in metres) squared.

Canada

Body Mass Index

By sex (age standardized), Canada, 2003

	Percent of population being underweight (BMI under 18.5)	Percent of population being normal weight (BMI 18.5–24.9)	Percent of population being overweight (BMI 25.0–29.9)	Percent of population being obese (BMI 30.0 or higher)			
				Obese total	Obese I (BMI 30.0–34.9)	Obese II (BMI 35.0–39.9)	Obese III (BMI 40.0 or higher)
Both sexes	2.8	47.8	32.4	14.5	10.7	2.7	1.1
Males	1.2	42.2	40.3	15.6	12.1	2.6	0.9
Females	4.5	53.5	24.5	13.3	9.2	2.7	1.4

Source: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Includes household population aged 18 and over excluding pregnant women and persons less than 3 feet (0.914 metres) or greater than 6 feet, 11 inches (2.108 metres) tall.
Results should be treated with caution because a proportion of the difference may be explained by the mode in which the data were collected from the respondent (i.e., by phone or in person).
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

First Nations and Inuit

Body Mass Index (not audited)

By sex, North American Indian (on-reserve) and Inuit (non-reserve), 2001*

	North American Indian				Inuit			
	Underweight	**Normal weight**	**Overweight**	**Obese**	**Underweight**	**Normal weight**	**Overweight**	**Obese**
Both sexes	1.1	23.5	32.7	27.8	1.4**	29.3	29.1	18.2
Males	0.8	23.1	37.6	26.3	1.0**	28.6	35.5	16.7
Females	1.3	23.8	27.6	29.4	1.8**	30.1	22.6	19.6

Source: Statistics Canada, Aboriginal Peoples Survey (APS), 2001 — Custom tabulations produced for Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.

Notes: Crude (non-age standardized) percentages.
Data excludes unstated or invalid responses for height.
Counts for the Inuit "underweight" category have a high coefficient of variation, and should be interpreted with caution.
The North American Indian identity population includes those who reported identifying as North American Indian (either as a single response or in combination with Métis and/or Inuit).
The Inuit identity population includes those who reported identifying as Inuit (either as a single response or in combination with North American Indian and/or Métis).
Non-reserve population includes Aboriginal people who do not live on Indian reserves, with the exception of the Northwest Territories, in which case the total (on- and non-reserve) Aboriginal population is included.
Caution should be exercised in generalizing the characteristics of the reserves that participated in APS to the entire on-reserve population in Canada. Any aggregation of APS reserve data is only representative of the reserves that participated in APS and cannot be considered representative of the total on-reserve population.
Population excludes those with invalid or unstated ages, persons under the age of 18, pregnant women, and those whose height is less than 3 feet (0.914 metres) or greater than 6 feet, 11 inches (2.108 metres) tall.
This table shows the prevalence of the four international body mass index (BMI) categories: underweight (18.5 or less); normal weight (18.6 to 24.9); overweight (25 to 29.9); and obese (30 or more).
For additional exclusions/limitations see Annex 4.
For more information on the APS, visit: <http://www.statcan.ca/english/freepub/89-591-XIE/free.htm>.

*Selected participating reserves.
**Use with caution (high sampling variability).

Additional First Nations information is available from the First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03 (Adult Survey).

Distribution of Body Mass Index (BMI) Scores (not audited)

By selected age group, First Nations (on-reserve), 2002–03

	Percent of population			
Age group	**Underweight (BMI <18.5)**	**Normal weight (BMI 18.5–24.99)**	**Overweight (BMI 25–29.99)**	**Obese (BMI ≥30)**
18–34	1.4	36.0	35.8	26.7
35–54	0.6	18.3	38.6	42.5
55+	1.1	19.0	38.6	41.3
Total (18+)	**1.0**	**26.1**	**37.4**	**35.5**

Source: National Aboriginal Health Organization, First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03 (Adult Survey).

Notes: Population aged 18 and over excluding pregnant women.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.
For more information on the RHS, visit: <http://www.naho.ca/fnc/rhs>.

International

The following table does not match the 2004 federal/provincial/territorial reporting requirements but does address similar issues.

Body Weight and Composition (not audited)

By sex, selected countries

	Percent of population who are obese (BMI >30)	
Country	**Males**	**Females**
Japan	3.4	3.8
Italy	8.8	8.4
France	9.7	9.1
Germany	12.1	11.0
Canada	16.0	13.9
United Kingdom	22.1	22.8
United States	27.7	34.0

Source: Organisation for Economic Cooperation and Development, Health Data, 2004.

Notes: Data for Germany and U.S.A. are from 1999; data for Italy are from 2000; data for Canada are from 2001; data for France, Japan and U.K. are from 2002.
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

18 *Immunization for influenza, aged 65 plus ("Flu Shot")*

Description: This indicator measures the percentage of the adult population aged 65 and older who reported that they had received a flu shot in the 12 months before they were surveyed.

Definition: Proportion of the population 65 and over who report having a flu shot in the past year.

Canada

Immunization for influenza for 65+

By sex (age standardized), Canada, 1996–97, 2000–01 and 2003

	Year	Percent of population reported to have had influenza immunization, less than one year ago	Percent of population reported to have had influenza immunization, one year or more ago	Percent of population reported to have never had influenza immunization
Both sexes	1996–97	47.8	11.2	34.8
Males		47.1	10.2	34.4
Females		48.4	12.0	35.0
Both sexes	2000–01	62.9	7.7	23.7
Males		60.5	7.3	23.8
Females		64.8	7.8	23.7
Both sexes	2003	62.1	10.3	20.6
Males		61.2	9.8	20.5
Females		62.9	10.7	20.5

Sources: Statistics Canada, National Population Health Survey, 1996–97; Canadian Community Health Survey, 2000–01 and 2003.

Notes: Age standardized to the 1991 Canadian population.
Includes household population aged 65 and over reporting when they had their last influenza immunization (flu shot).
For additional exclusions/limitations see Annex 4.

International

The following table does not match the 2004 federal/provincial/territorial reporting requirements but does address similar issues.

Influenza Inoculation (not audited)

Selected countries

Country	Percent of population aged 65 and over immunized during the past 12 months
United Kingdom	71.0
United States	65.8
France	65.0
Canada	63.0
Italy	60.1
Germany	55.8
Japan	35.4

Source: Organisation for Economic Cooperation and Development, Health Data, 2004.

Notes: Data for Canada are from 2000; data for France and Germany are from 2001; data for Italy, Japan and U.S.A. are from 2002; data for U.K. are from 2003. For additional exclusions/limitations see Annex 4.

List of 70 Indicators

Federal Report 2004

Priority areas, indicators and sub-indicators

Primary Health Care

1. Difficulty obtaining routine or on-going health services (**Featured**)
2. Difficulty obtaining health information or advice (**Featured**)
3. Difficulty obtaining immediate care (**Featured**)
4. Proportion of population that reports having a regular family physician
5. Patient satisfaction with overall health care services (**Featured**)
6. Patient perceived quality with overall health care services
7. Patient satisfaction with community-based care (**Featured**)
8. Patient perceived quality with community-based care
9. Patient satisfaction with telephone health line or tele-health services (**Featured**)
10. Patient perceived quality with telephone health line or tele-health services
11. Proportion of population reporting contact with telephone health line
12. Hospitalization rate for ambulatory care sensitive conditions (**Featured**)
13. Proportion of female population aged 18–69 with at least one PAP test in the past three years
14. Proportion of women aged 50–69 obtaining mammography in the past two years

Home Care

15. Home care clients per 100,000 population
16. Home care clients per 100,000 population, aged 75 plus

Other Programs and Services

17. Wait times for cardiac bypass surgery
    - Median wait time for cardiac bypass surgery
    - Distribution of wait times for cardiac bypass surgery
18. Wait times for hip replacement surgery
    - Median wait time for hip replacement surgery
    - Distribution of wait times for hip replacement surgery
19. Wait times for knee replacement surgery
    - Median wait time for knee replacement surgery
    - Distribution of wait times for knee replacement surgery

20. Self-reported wait times for surgery
    - Median wait time for surgery
    - Distribution of wait times for surgery
21. Self-reported wait times for specialist physician visits
    - Median wait time for specialist physician visits
    - Distribution of wait times for specialist physician visits
22. Re-admission rate for acute myocardial infarction (AMI)
23. Re-admission rate for pneumonia
24. 30-day in hospital acute myocardial infarction (AMI) mortality rate
25. 30-day in hospital stroke mortality rate
26. 365-day net survival rate for acute myocardial infarction (AMI)
27. 180-day net survival rate for stroke
28. Patient satisfaction with hospital care **(Featured)**
29. Patient perceived quality of hospital care

Catastrophic Drug Coverage and Pharmaceutical Management

30. Prescription drug spending as a percentage of income **(Featured)**

Diagnostic and Medical Equipment

31. Wait times for radiation therapy for prostate cancer
    - Median wait time for radiation therapy for prostate cancer
    - Distribution of wait times for radiation therapy for prostate cancer
32. Wait times for radiation therapy for breast cancer
    - Median wait time for radiation therapy for breast cancer
    - Distribution of wait times for radiation therapy for breast cancer
33. Self-reported wait times for diagnostic services **(Featured)**
    - Median wait time for diagnostic services
    - Distribution of wait times for diagnostic services

Health Human Resources

34. Patient satisfaction with physician care **(Featured)**
35. Patient perceived quality of physician care

Healthy Canadians

36. Life expectancy
    - Life expectancy for overall population
    - Life expectancy by income
37. Health adjusted life expectancy (HALE) **(Featured)**
    - Health adjusted life expectancy (HALE) for overall population
    - Health adjusted life expectancy (HALE) by income
38. Infant mortality
39. Low birth weight
40. Mortality rate for lung cancer
41. Mortality rate for prostate cancer
42. Mortality rate for breast cancer
43. Mortality rate for colorectal cancer
44. Mortality rate for acute myocardial infarction (AMI)
45. Mortality rate for stroke
46. Five-year survival rate for lung cancer
47. Five-year survival rate for prostate cancer
48. Five-year survival rate for breast cancer
49. Five-year survival rate for colorectal cancer
50. Incidence rate for lung cancer
51. Incidence rate for prostate cancer
52. Incidence rate for breast cancer
53. Incidence rate for colorectal cancer
54. Potential years of life lost due to suicide
55. Potential years of life lost due to unintentional injury
56. Incidence rate for invasive meningococcal disease
57. Incidence rate for measles
58. Incidence rate for Haemophilus influenzae b (invasive) (Hib) disease

59. Incidence rate for tuberculosis
60. Incidence rate for Verotoxigenic E. Coli
61. Incidence rate for chlamydia
62. Rate of newly reported HIV cases
63. Prevalence of diabetes (**Featured**)
64. Exposure to environmental tobacco smoke
65. Self-reported health (**Featured**)
66. Teenage smoking rates (**Featured**)
    - Teenage smoking rates: Proportion current teenage smokers
    - Teenage smoking rates: Proportion daily smokers
67. Physical activity (**Featured**)
68. Body mass index (**Featured**)
69. Immunization for influenza, aged 65 plus ("Flu Shot") (**Featured**)
70. Prevalence of depression

Data Source Exclusions and Limitations

The following is a list of the data sources used to report the 18 featured indicators included in *Healthy Canadians — A Federal Report on Comparable Health Indicators 2004* as well as a list of the relevant database exclusions and limitations.

Statistics Canada

Aboriginal Peoples Survey (APS) (not audited)

Exclusions/Limitations: All residents of collective dwellings (collective dwellings include lodging or rooming houses, hotels, motels, tourist homes, nursing homes, hospitals, staff residences, communal quarters (military camps), work camps, jails, missions, group homes and so on); all individuals 14 and under; individuals who did not participate in the 2001 Census; and individuals who did not identify on the 2001 Census as an Aboriginal person, and/or had Aboriginal ancestry, and/or First Nations membership, and/or registration under the *Indian Act.*

Due to a high number of refusals by First Nations communities in Quebec to participate in the survey, no provincial level data for the Quebec reserve population are available. Overall, data for on-reserve and non-reserve populations were published separately, with no aggregate data to reflect the whole Aboriginal population in Canada. Any aggregation of APS reserve data is only representative of the reserves that participated in APS and cannot be considered representative of the total on-reserve population.

Canadian Community Health Survey (CCHS)

Exclusions/Limitations: Persons living on First Nation reserves and on Crown lands, residents of institutions, full-time members of the Canadian Armed Forces, and residents of certain remote regions are excluded from the sample. Persons less than 12 years of age are not surveyed.

Health Services Access Survey (HSAS), Supplement to CCHS

Exclusions/Limitations: Persons less than 15 years of age, persons living in Nunavut, the Yukon, the Northwest Territories, on First Nation reserves and on Crown lands, residents of institutions, full-time members of the Canadian Armed Forces, and residents of certain remote regions are excluded from the sample.

National Population Health Survey (NPHS)

Exclusions/Limitations: Persons living on First Nation reserves and on Crown lands, residents of institutions, full-time members of the Canadian Armed Forces, and residents of certain remote regions are excluded from the National Population Health Survey household component sample.

The National Population Health Survey institutional component collects data on long-term residents (expected to stay six months or more) living in health care institutions with four or more beds. Institutions that exclusively provided short-term care, such as drug rehabilitation centres were excluded. Health care institutions in the territories, on Indian reserves and Canadian Forces Bases, and within correctional facilities were excluded.

Survey of Household Spending

Exclusions/Limitations: Persons living on First Nation reserves and on Crown lands, residents of institutions, full-time members of the Canadian Armed Forces, and residents of certain remote regions are excluded from the sample. Data from the territories are not available due to data quality issues.

Canadian Institute for Health Information (CIHI)

Hospital Morbidity Database (HMD)

Exclusions/Limitations: Patients not treated as inpatients in acute care hospitals (e.g., those seen only in an emergency department or chronic care institution).

A re-abstraction study designed to examine the consistency of coding for the **Hospitalization rate for ambulatory care sensitive conditions** (**ACSC**) (**12-PC**) indicator yielded a 10.8% discrepancy rate overall. In the majority of discrepant records, however, an ACSC did appear as a diagnosis on the patient record, although not as a most responsible diagnosis. Only 13 of 272 re-abstracted records did not have an ACSC recorded in any diagnosis field. Almost half of these (six) were originally coded as neurotic or depressive disorders, and all of these records were re-abstracted as a mental disorder, although the re-abstracted condition did not strictly qualify as ACSC. This suggests that the ACSC indicator is consistently coded and may be compared inter-jurisdictionally and across time, with one exception. Caution is advised when comparing 2001–02 rates with previous years' rates for provinces coding in ICD-10-CA/CCI. It is important to note that some of the differences identified may not be due to the implementation of ICD-10-CA/CCI, but may reflect other factors such as the establishment or withdrawal of programs and services specific to the conditions comprising this indicator.

Health Canada

National Diabetes Surveillance System (NDSS)*

Exclusions/Limitations: Persons younger than 20 years of age, New Brunswick and Newfoundland and Labrador.

Note to Readers: Readers should be cautious when interpreting these data.

Disclosure of Limitations:

a. Three types of diabetes are included in the database: type 1, type 2 and gestational diabetes. Note that gestational diabetes is only included when coded as diabetes mellitus (ICD9 code 250).

b. A baseline error rate of 20% to 25% exists in the published (1999–2000) data.

c. This level of error is accepted by Health Canada and by those national experts identified by Health Canada.

d. Since 1997–98, these data have been accumulating false positives. For the data published here, this may not have a significant impact. Health Canada plans to work to reduce these errors so that by the time the department publishes the 2001–02 data, this accumulation will not become significant.

e. This "baseline error rate" is likely to vary by age and sex groups.

Data are based on administrative data — therefore, their quality is constrained by the accuracy of those systems.

Data should not be used for trend analysis. Some data produced for the September 2002 Comparable Health Indicators Reports may have changed due to updated provincial and territorial numbers. For this reason, data tables provided for the November 2004 Comparable Health Indicators Reports replace all previous data tables.

Minor variations in data will occur when comparing data with other federal and provincial/territorial publications because of reporting delays, different cut-off dates and date of access to Statistics Canada's population estimates.

*Now housed in the Public Health Agency of Canada.

National Aboriginal Health Organization (NAHO)

National Regional Longitudinal Health Survey (RHS) (Adult Survey) (not audited)

Exclusions/Limitations: Individuals under 18 years of age and residents of Nunavut.

Results are limited to participating First Nations people living on-reserve and in some non-reserve communities in the territories.

"What First Nations Think About Their Health and Health Care" (not audited)

Exclusions/Limitations: Individuals under 18 years of age and residents of Nunavut.*

Results are limited to participating First Nations people living on, or near, a First Nations community. (For this report, a First Nations community denotes an Indian reserve, within the meaning of the *Indian Act*, or federal Crown lands which have been set aside for, and/or are inhabited by, First Nations people.)

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)

OECD Health Data 2004 (not audited)

Exclusions/Limitations: Users of cross-national data comparisons of health care data should be aware that there are still important gaps with respect to international agreements on statistical methods. The same term can refer to very different things among the 30 OECD countries. Despite efforts to develop homogeneity, standardized health statistics is still a goal, not a reality. The statistics contained in OECD Health Data, 2004 reflect the situation at the time of release; they are refined and improved year after year.

---

*There are some inconsistencies in the exclusions presented in the NAHO document and on the NAHO Web site. For further information, contact the National Aboriginal Health Organization <http://www.naho.ca>.

Les Canadiens et les Canadiennes en santé

Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2004

Canada

Les Canadiens et les Canadiennes en santé

Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2004

Canada

La présente publication est également offerte sur demande en gros caractères, sur disquette, sur audiocassette et en braille.

Pour obtenir de plus amples renseignements ou des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 954-5995
Téléc. : (613) 941-5366
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2004
N° de cat. H21-206/2004
ISBN 0-662-68495-8

On peut consulter la version électronique du présent rapport à l'adresse suivante :
<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/dedd/health_indicators_f.html>.

Novembre 2004

Message du ministre de la Santé

Les Canadiens et les Canadiennes chérissent leur régime de soins de santé public, le considèrent comme un élément intégral de l'identité nationale et s'intéressent grandement à son rendement. Par conséquent, ils ont droit à des renseignements plus pertinents et comparables sur la ponctualité et la qualité des services de soins de santé et sur leur état de santé.

Beaucoup de travail a été abattu depuis la publication de la première série de rapports sur les indicateurs comparables de la santé en 2002. Je suis heureux de vous présenter *Les Canadiens et les Canadiennes en santé — Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2004.* Ce rapport reflète la réponse du gouvernement canadien à l'engagement pris par les premiers ministres en février 2003 à améliorer la transparence et l'imputabilité à l'échelle du régime de soins de santé.

Misant sur l'esprit de collaboration qui a inspiré le processus de production des rapports de 2002, les ministères de la Santé des 14 administrations, y compris le gouvernement fédéral, ont choisi de produire des rapports sur un ensemble convenu d'indicateurs axés sur l'accès au moment opportun, la qualité, ainsi que la santé et le mieux-être.

Les comparaisons entre diverses administrations permettent aux Canadiens et aux Canadiennes de mieux apprécier le progrès accompli par le gouvernement en vue de renouveler et de consolider le régime de soins de santé. Ces rapports constituent un solide fondement servant à mieux définir les éléments à améliorer et à prendre des décisions éclairées.

Nous avons réussi à identifier et à élaborer des indicateurs qui répondent aux besoins et intérêts particuliers des Canadiens et des Canadiennes. Je tiens à remercier les citoyens qui ont participé aux consultations publiques sur les indicateurs de santé, ainsi que les intervenants, les ministères de la Santé, les comités consultatifs, Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut de la statistique du Québec pour leur précieuse contribution à la création du présent rapport.

À leur réunion de septembre 2004, les premiers ministres ont souligné le progrès accompli depuis la signature de l'Accord sur la santé de 2003 et approuvé de nouveaux projets dans le sillon de ces progrès, comme la réduction des temps d'attente. De nombreuses mesures ont été engagées, à l'échelle du pays et dans chaque administration, pour rendre les soins de santé plus viables et sensibles aux besoins. Il reste néanmoins beaucoup de travail à abattre. À titre d'exemple, on s'affaire à élaborer des indicateurs sous le thème de la Viabilité et le secteur prioritaire des Soins à domicile. J'ose croire que d'autres indicateurs se grefferont au fil du temps, ce qui nous permettra de produire des rapports de plus en plus pertinents.

J'ai bon espoir que ces rapports favoriseront la discussion sur le renouvellement du régime de santé et donneront lieu à un régime de soins de santé qui saura s'adapter efficacement aux besoins changeants de la population canadienne.

Ujjal Dosanjh
Ministre de la Santé

Table des matières

Sommaire v

I Introduction 1

II Pleins feux sur le rôle du gouvernement fédéral au plan de la santé 7

III Mesurer le rendement 11

IV Information sur la santé — Défis et prochaines étapes 39

Énoncé de responsabilité 42

Rapport du vérificateur 43

Annexes

Annexe 1 : Liste des 18 indicateurs sélectionnés 47

Annexe 2 : Tables de données applicables aux 18 indicateurs sélectionnés 49

Annexe 3 : Liste des 70 indicateurs 79

Annexe 4 : Exclusions et limites relatives aux sources de données 83

Sommaire

Le Communiqué des premiers ministres sur la santé de septembre 2000 engageait le ministre de la Santé fédéral, ainsi que les ministres de la Santé provinciaux et territoriaux, à collaborer en vue d'élaborer un cadre général applicable aux indicateurs de la santé. Les ministres convenaient de produire des rapports axés sur des indicateurs comparables communs servant à évaluer l'état de santé, les résultats en matière de santé et la qualité des services de santé. En septembre 2002, les 14 administrations, dont le gouvernement fédéral, publiaient leurs rapports, qui mettaient en lumière 67 indicateurs comparables.

L'*Accord de février 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* (l'Accord) enjoignait les ministres de la Santé à élaborer d'autres indicateurs, dans le sillon du travail amorcé sur les indicateurs comparables. Ces efforts aboutissaient à la production de la liste de 70 indicateurs (affichée aux sites <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/index.htm> et <http://www.icis.ca/indicateurs-comparables>) qui examine un certain nombre de thèmes et de secteurs prioritaires cernés dans l'Accord. Intitulé *Les Canadiens et les Canadiennes en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2004*, le document actuel constitue le rapport du gouvernement fédéral sur 18 indicateurs de santé sélectionnés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour faire l'objet d'un rapport détaillé en 2004. La désignation de ces indicateurs se fonde sur les rétroactions détaillées d'une gamme d'intervenants et d'experts, de même que sur les résultats de divers sondages d'opinion publique.

Une grande partie des données décrites dans ce rapport proviennent des données nationales produites par Statistique Canada, par Santé Canada et par l'Institut canadien d'information sur la santé. En outre, le rapport présente un nombre limité de données sur les peuples des Premières nations et sur les Inuits.

Les paragraphes qui suivent mettent en lumière quelques résultats clés examinés dans le cadre du présent rapport.

Accès au moment opportun ...

- Les Canadiens déclarent avoir de la difficulté à accéder aux services de soins de santé. Parmi les personnes ayant besoin de services, 16,4 % ont dit avoir de la difficulté à accéder aux services de santé de routine ou de suivi; 15,8 % ont déclaré avoir de la difficulté à accéder aux renseignements ou aux conseils en matière de santé; et 23,8 % ont indiqué avoir de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur.
- En 2003, les Canadiens déclaraient un temps d'attente de trois semaines environ pour obtenir des tests de diagnostiques — le même délai qu'en 2001.
- En 2002, la plupart des ménages canadiens (65,2 %) investissaient une portion de leur revenu net d'impôt, en dépenses directes, pour acheter des médicaments prescrits.

Afin de faciliter la lecture du présent texte, nous avons employé le masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Qualité ...

- Les taux d'hospitalisations pour des affections traitables en milieu communautaire ont diminué depuis quelques années, passant d'un taux de 503 admissions pour 100 000 habitants en 1995–1996 à un taux de 346 admissions pour 100 000 habitants en 2001–2002.

- La plupart des Canadiens (84,9 %) se sont dits satisfaits, en général, du mode de prestation des services de soins de santé qui leur ont été offerts au Canada en 2003.

État de santé et mieux-être ...

- En 1999–2000, 5,1 % des Canadiens de 20 ans et plus vivaient avec un diabète diagnostiqué.

- La proportion d'adolescents et d'adultes canadiens qualifiant leur état de santé comme étant « excellent » ou « très bon » a diminué. En 2003, 59,6 % des Canadiens de 12 ans et plus qualifiaient leur état de santé comme étant « excellent » ou « très bon », comparativement à 63,3 % en 1994-1995.

- Le taux de tabagisme chez les adolescents est en déclin. En 1994–1995, 20,9 % des adolescents de 12 à 19 ans déclaraient être des fumeurs actuels, comparativement à 14,8 % en 2003. Après une brève hausse, la proportion des jeunes qui déclaraient fumer quotidiennement a aussi diminué, passant de 13,6 % en 1994–1995 à 9,1 % en 2003.

- On constate que les Canadiens sont de plus en plus actifs. De fait, on a observé une augmentation du taux d'activité qui est passé de 39,3 % en 1994–1995 à 51,0 % en 2003.

- Les données révèlent que près de la moitié (46,9 %) des Canadiens ont une surcharge pondérale ou sont obèses. Une proportion presque aussi élevée de Canadiens (47,8%) ont un poids acceptable, alors que 2,8 % affichent une insuffisance pondérale.

- Les aînés canadiens prennent des mesures pour combattre la grippe. En effet, la majorité (62,1 %) ont eu leur vaccin antigrippal au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

L'élaboration à long terme d'indicateurs additionnels est prévue dans l'optique d'améliorer les rapports produits au cours des années à venir.

1

Introduction

Le présent rapport a pour but de sensibiliser la population canadienne à l'efficacité du régime de soins de santé canadien et d'aider les particuliers, les gouvernements et les fournisseurs de soins de santé à faire des choix éclairés. La production d'un rapport public sur les indicateurs comparables constitue une composante clé des responsabilités du gouvernement canadien face à la population canadienne. En outre, ce projet confirme l'engagement du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux à devenir plus redevables à la population, de même que les efforts investis pour mieux rendre compte de l'efficacité du régime de santé canadien.

Contexte

En 2000, le *Communiqué des premiers ministres sur la santé* enjoignait les ministres de la Santé de toutes les provinces et de tous les territoires, ainsi que le ministre de la Santé fédéral, à collaborer pour mettre au point un cadre général sur les indicateurs de santé. Ce cadre devait surtout servir à renseigner les Canadiens sur l'état de santé, les résultats en matière de santé et la qualité des services de soins de santé. Cet engagement donnait lieu à l'élaboration d'indicateurs permettant d'établir des comparaisons entre toutes les administrations fédérales, provinciales et territoriales canadiennes. Au mois de septembre 2002, les 14 administrations, dont le gouvernement fédéral, publiaient leurs rapports, qui portaient sur 67 indicateurs comparables. C'était la première fois que des ministres de la Santé de toutes les administrations rendaient compte, en même temps, à leurs commettants d'une série d'indicateurs mutuellement convenus axés sur l'état de santé, les résultats en matière de santé et la qualité des services de santé. Les premiers ministres s'engageaient à produire un rapport public en ce sens aux deux ans.

L'*Accord de février 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* (l'Accord) incitait les ministres de la Santé à élaborer, avant le mois de septembre 2003, des indicateurs additionnels, en ayant soin de prévoir un « examen par les experts et intervenants pour garantir que ces nouveaux indicateurs mesurent les progrès accomplis dans la réalisation des réformes décrites » dans l'Accord. L'Accord mettait un accent particulier sur les grands thèmes suivants : Accès au moment opportun, Qualité, État de santé et mieux-être, Viabilité.

L'Accord confirme les engagements suivants pris par les premiers ministres :

- Chaque administration devra produire, sur une base régulière, un rapport public général sur les programmes et services de santé qu'elle dispense, ainsi que sur l'efficacité du régime de santé, les résultats en matière de santé et l'état de santé.
- Ces rapports présenteront les indicateurs définis dans le communiqué de septembre 2000, ainsi que les indicateurs comparables additionnels qui seront élaborés par les ministres de la Santé dans le cadre des grands thèmes susmentionnés.

- Les administrations mettront au point l'infrastructure de données et recueilleront les données nécessaires à la production de rapports de haute qualité.

L'Accord orientait l'élaboration des indicateurs et des activités de rapport vers plusieurs programmes et services propres au régime de santé comme les soins de santé primaires et les soins à domicile. Il désignait également le développement de tels services comme une stratégie clé visant à garantir le renouvellement et la viabilité du régime de santé.

Processus fédéral-provincial-territorial

La Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé confiait à son Comité consultatif sur la gouvernance et la responsabilité (Comité consultatif) la tâche de produire un plan pour sous-tendre les rapports comparables, conformément aux modalités de l'Accord de 2003. Les orientations stratégiques de cette tâche étaient approuvées par les sous-ministres. Un groupe de travail était alors établi et on lui confiait le travail technique associé à cette initiative. Le groupe de travail réunissait des représentants de chaque administration fédérale, provinciale et territoriale, ainsi que des porte-parole de l'Institut canadien d'information sur la santé, de Statistique Canada et de l'Institut de la statistique du Québec.

Choix des indicateurs

Les responsables faisaient appel à divers groupes et à une gamme de procédés et d'activités pour choisir les indicateurs. En juin 2003, des consultations avaient lieu avec des intervenants lors d'ateliers sur invitation engageant la participation de groupes d'intervenants nationaux. En outre, les parties intéressées avaient l'occasion de transmettre leurs commentaires par écrit ou par voie électronique par l'entremise du site Web. On sollicitait également l'opinion du public en organisant, en janvier 2004, plusieurs séances de consultation dans cinq grandes villes canadiennes. Ces rétroactions aidaient à définir les indicateurs ayant le plus d'importance et de valeur aux yeux de la population canadienne, et à recueillir de l'information sur les préférences du public quant au format et au mode de présentation des indicateurs de santé. Par ailleurs, on prenait en compte les résultats des consultations publiques relatives aux rapports sur les indicateurs comparables de la santé de 2002 menées par diverses provinces, dans le choix des indicateurs de 2004. L'examen et la rationalisation des indicateurs dans deux secteurs (fardeau de la maladie et temps d'attente) cités dans le *Communiqué sur la santé* de septembre 2002 avait lieu et on s'intéressait aux opinions exprimées par les membres d'autres comités consultatifs.

En bout de ligne, les membres du Comité consultatif sur la gouvernance et la responsabilité proposaient aux sous-ministres une liste de 70 indicateurs pour faire l'objet de rapports publics en novembre 2004, y compris une série de 18 sous-indicateurs sur lesquels les administrations pourraient s'attarder davantage dans leurs rapports imprimés. Les données propres à chaque indicateur sont affichées à des sites Internet gérés par l'Institut canadien d'information sur la santé (http://www.icis.ca/indicateurs-comparables) et par Statistique Canada (http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/index.htm).

À longue échéance, des indicateurs additionnels seront élaborés dans l'optique d'améliorer la qualité des rapports au fil des ans.

Un mot sur le rapport Les Canadiens et les Canadiennes en santé *2004*

Ce rapport diffère considérablement du rapport *Les Canadiens en santé* produit en 2002 :

- ***Thèmes et secteurs prioritaires de l'Accord sur la santé de 2003*** — Le rapport de 2004 reprend les thèmes et les priorités définis dans l'Accord sur la santé de 2003 (voir l'encadré à la page suivante).
- ***Accent sur 18 indicateurs sélectionnés*** — Ce rapport examine les 18 indicateurs sélectionnés qui présentent le plus d'intérêt et d'utilité aux yeux des Canadiens, selon les sondages d'opinion publique effectués, et qui sont les plus susceptibles de faire l'objet de rapports de la part des administrations. La liste complète des 70 indicateurs est affichée aux sites Internet suivants auxquels peuvent accéder les chercheurs, les administrateurs et le public : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/index.htm> et <http://www.icis.ca/indicateurs-comparables>.
- ***Données sur d'autres responsabilités fédérales en matière de santé*** —
  - Il revient au gouvernement fédéral d'offrir des services de soins de santé à des groupes particuliers, comme les membres des Premières nations et les Inuits, les anciens combattants, le personnel militaire, les détenus des établissements pénitentiaires fédéraux et les membres de la Gendarmerie royale du Canada.
  - Bon nombre des données actuelles sur ces populations ne sont pas conformes aux exigences de rapport sur les indicateurs comparables de la santé imposées en 2004.
    - Il n'existe pas de données sur la plupart des populations relevant du gouvernement fédéral;
    - Les données relatives aux peuples autochtones sont limitées. Les auteurs du rapport ont pris soin d'indiquer clairement ces limites dans le cas de chaque table et tableau du rapport.

- L'information régulièrement recueillie auprès de la population canadienne ne comprend pas nécessairement les données sur les populations autochtones. Les administrations ne sont pas toutes en mesure de recueillir, d'analyser et de publier ces données de la même façon. Ainsi, l'aptitude à identifier clairement les clients des Premières nations et les clients Inuits dans les bases de données des hôpitaux, de même qu'à vérifier les taux d'utilisation et les résultats, varie selon les provinces et les régions.

Accord sur la santé de 2003 — Thèmes et secteurs prioritaires

L'Accord sur la santé de 2003 est un plan d'action axé sur le renouvellement du régime de soins de santé du Canada et reflète l'engagement du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux à collaborer, de concert avec les fournisseurs de services de santé et avec la population canadienne, en vue d'orienter l'avenir du régime de soins de santé au Canada. L'Accord identifie quatre grands thèmes et six secteurs prioritaires devant faire l'objet de rapports aux Canadiens, tel que précisé ci-dessous. Ces derniers sont décrits à la section III.

Quatre thèmes ...

- Accès au moment opportun
- Qualité
- État de santé et mieux-être
- Viabilité*

Six secteurs prioritaires ...

- Soins de santé primaires
- Soins à domicile*
- Couverture des médicaments onéreux et gestion des produits pharmaceutiques
- Matériel diagnostique et médical
- Ressources humaines en santé
- Canadiens en santé

Les membres du Comité consultatif ont ajouté un septième secteur prioritaire, Autres programmes et services, pour mieux prendre en compte le travail de suivi sur les indicateurs effectué dans le sillon du *Communiqué sur la santé de 2000*.

Certains secteurs prioritaires s'apparentent à plusieurs thèmes. C'est ainsi que Soins de santé primaires relève à la fois du thème Accès au moment opportun et du thème Qualité.

*Le thème Viabilité et le secteur prioritaire Soins à domicile sont en voie de développement. Par conséquent, ils ne figurent pas dans le présent rapport.

Mode d'organisation du présent rapport

Ce rapport s'amorce par un aperçu sommaire du rôle du gouvernement fédéral en matière de santé (Section II, *Pleins feux sur le rôle du gouvernement fédéral au plan de la santé*).

La Section III, *Mesurer le rendement*, trace un tableau général des données nationales et met en lumière des données sur la prestation des soins de santé de compétence fédérale. Elle décrit brièvement chacun des 18 indicateurs sélectionnés, présente les données recueillies dans chaque cas (les résultats) et fournit une brève remarque sur les résultats. Des renseignements limités sur les populations autochtones sont également inclus. Aucune donnée n'existe sur les autres groupes dont les soins de santé relèvent des compétences fédérales.

La Section IV, *Information sur la santé — Défis et prochaines étapes*, décrit certains enjeux actuels liés à la cueillette et à la production de rapports informatifs sur la santé. Elle précise les orientations découlant de l'Accord sur la santé de 2003 qui doivent servir à améliorer la cueillette des données et le contenu des rapports sur les populations autochtones.

Le rapport s'enrichit de quatre annexes : l'Annexe 1 énumère les 18 indicateurs sélectionnés et décrit l'aptitude du gouvernement fédéral à produire des rapports sur ces indicateurs à l'échelle de la population nationale et des populations autochtones; l'Annexe 2 comprend des descriptions, des définitions et des tables et sources de données correspondantes applicables aux 18 indicateurs; l'Annexe 3 énumère les 70 indicateurs approuvés par les sous-ministres pour faire l'objet de rapports publics en 2004; et l'Annexe 4 fait état des exclusions et des limites relatives aux sources de données utilisées dans le présent rapport.

Nota :

- Sauf indication contraire, les données présentées dans ce rapport ont été vérifiées; toutes les données non vérifiées sont clairement identifiées à l'aide de la mention « données non vérifiées ».
- On a établi que toutes les différences mises en lumière dans ce rapport sont statistiquement significatives ($p<0.05$).*

*La signification statistique repose sur l'hypothèse qu'une différence observée est probablement vraie et non le fruit du hasard. L'expression « $p<0,05$ » indique que la probabilité qu'une différence observée tienne uniquement au hasard est inférieure à 5 %.

Pleins feux sur le rôle du gouvernement fédéral au plan de la santé

Le gouvernement fédéral joue un rôle clé dans la sauvegarde et le soutien de notre régime de soins de santé public. Il aide les provinces et les territoires à garantir l'accès des Canadiens à des soins médicaux selon leurs besoins, non leur aptitude à payer. Le financement fédéral repose sur cinq principes qui constituent la pierre angulaire de la Loi canadienne sur la santé *: l'universalité; l'accessibilité; la transférabilité; l'intégralité et la gestion publique. En outre, le gouvernement fédéral assume la responsabilité des programmes et de la réglementation dans des domaines comme la protection et la promotion de la santé, la sécurité de la santé, la prévention des maladies et la recherche.*

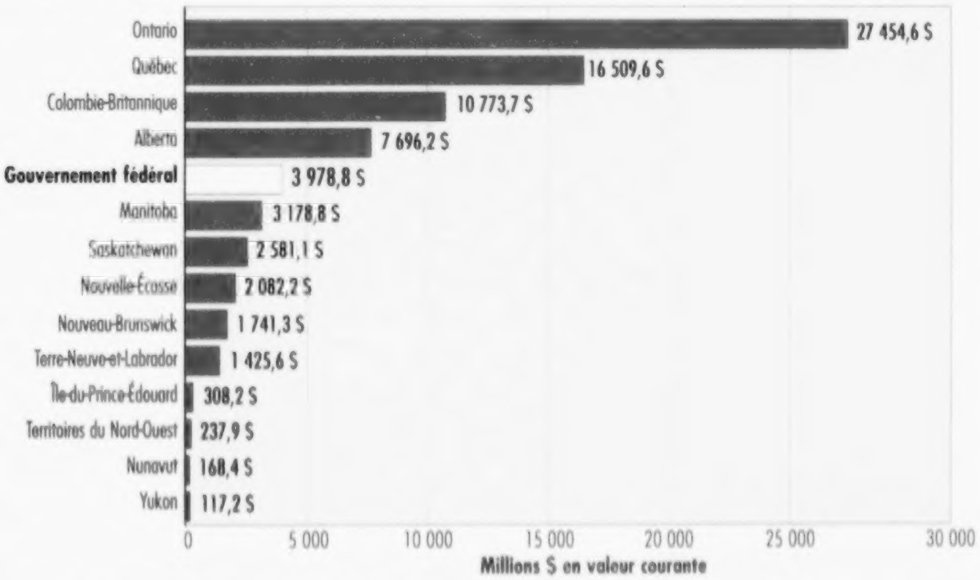
Le gouvernement du Canada est également le cinquième plus gros fournisseur de services de santé aux Canadiens, puisqu'il dessert quelque 990 000 clients à un coût de près de 4 milliards de dollars annuellement. En outre, il garantit l'accès des Premières nations et des Inuits, du personnel militaire et des anciens combattants, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des établissements pénitentiaires fédéraux aux services de santé.

Profil des services de santé fédéraux

Plusieurs ministères gouvernementaux fédéraux fournissent des services de santé directement ou s'assurent que des services de santé sont offerts à des groupes de population particuliers. Les paragraphes suivants résument les services offerts par les ministères fédéraux.

Dépenses totales du secteur public en santé

Selon l'administration, 2001



Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975–2003.*

Santé Canada — Les programmes axés sur les Premières nations et sur les Inuits constituent un investissement annuel de quelque 1,4 milliard de dollars et desservent quelque 695 983 clients membres des Premières nations et 39 360 clients Inuits. Le ministère offre :

- une gamme limitée de biens et de services relatifs à la santé médicalement nécessaires mais non couverts par les régimes de santé privés, provinciaux ou territoriaux, y compris les médicaments, le transport à des fins médicales, les soins dentaires, les produits et l'équipement médicaux, les services d'intervention et de consultation en cas de crise et les soins de la vue;
- les programmes de santé communautaires, y compris les programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé dans les réserves; les services de soins infirmiers communautaires; l'éducation à la santé; les programmes de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; les programmes axés sur la santé mentale et le développement des enfants; les services de santé environnementale et un nombre restreint de services hospitaliers.

Anciens Combattants Canada — Fournit des soins de santé aux anciens combattants de la guerre et des Forces canadiennes qui répondent à diverses exigences relatives aux états de service et au revenu ou qui ont droit à des prestations d'invalidité liées au service militaire. Le ministère fournit une gamme complète de services de santé non couverts à l'échelle provinciale, y compris les soins en établissement aux résidents admissibles dans des foyers communautaires. Au cours de l'exercice financier de 2002–2003, 133 400 résidents étaient admissibles à des prestations, d'où des dépenses de l'ordre de 636,6 millions de dollars en programmes de soins de santé.

Services correctionnels Canada — Offre aux détenus des services de soins de santé essentiels (physiques et dentaires), ainsi qu'un accès raisonnable à des soins de santé mentale non essentiels pouvant favoriser leur réadaptation et leur réinsertion au sein de la collectivité. Les services sont offerts par l'intermédiaire d'un réseau d'unités de santé dans tous les établissements pénitentiaires, y compris cinq hôpitaux régionaux et des centres de traitement désignés en santé mentale. On fait appel, au besoin, à des spécialistes et à des services diagnostiques et hospitaliers au niveau de la collectivité. Les dépenses opérationnelles pour la prestation de ces services à quelque 12 600 détenus pour l'exercice financier 2002–2003 s'élevaient à 118,4 millions de dollars. Ce chiffre intègre tous les frais médicaux, soit les salaires, les médicaments, les frais d'hospitalisation, les examens médicaux et les rendez-vous chez le médecin, le spécialiste et le dentiste.

Ministère de la Défense nationale — Répond aux besoins de santé des membres des Forces canadiennes au pays et à l'étranger. Les services de soins de santé sont offerts grâce à un réseau de cliniques de santé des Forces canadiennes ou en achetant des services auprès des provinces et des territoires. Une gamme complète de services de santé sont offerts aux 60 000 membres réguliers des Forces et aux 33 000 membres de la Réserve (lorsqu'ils sont en fonction). Au cours de l'exercice financier de 2002–2003, les dépenses engagées par les Forces canadiennes s'élevaient à 306,0 millions de dollars environ.

Gendarmerie royale du Canada (GRC) — Fournit des services de santé à tous les membres de la GRC qui portent l'uniforme. Les personnes admissibles ont droit à une gamme complète de services de santé médicaux et psychologiques visant à garantir qu'ils sont mesure d'accomplir leurs tâches en toute sécurité. Les membres obtiennent leurs soins de santé personnalisés de la part des fournisseurs de leur choix, dans leur milieu immédiat, du moment que ces derniers répondent aux critères fixés par la GRC. Quelque 15 980 membres ont droit à des prestations de santé. Lors de l'exercice financier 2002–2003, les dépenses en santé s'élevaient à 38,0 millions de dollars environ.

La Loi canadienne de la santé *exclut*. . .

. . . de la définition de « personnes assurées » ayant droit à des services de santé en vertu des régimes de soins de santé provinciaux les détenus des établissements pénitentiaires fédéraux et les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada.

Définitions relatives aux populations autochtones

L'information sur la santé des Premières nations et des peuples autochtones présentée dans ce rapport est tirée de plusieurs sources et se rapporte à diverses populations, conformément aux définitions ci-dessous :

Autochtones : Ces personnes déclarent appartenir à au moins un groupe autochtone (Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit). Ce groupe comprend toute personne qui déclare être un Indien des traités ou un Indien inscrit en vertu de la *Loi sur les Indiens* du Canada, ainsi que tout membre d'une bande indienne ou d'une Première nation[1].

Peuples des Premières nations : On a commencé à utiliser cette expression dans les années 1970 pour remplacer le mot « Indien » que certaines personnes trouvaient offensant. Même si l'expression Première nation est largement utilisée, il n'en existe aucune définition légale. On emploie notamment l'expression « peuples des Premières nations » pour désigner les Indiens habitant au Canada, qu'ils possèdent ou non le statut d'Indien[2].

Indiens de l'Amérique du Nord : Ces personnes s'identifient comme des Indiens de l'Amérique du Nord. Elles peuvent avoir le statut d'Indien inscrit ou d'Indien non inscrit[1].

Inuits : Les Inuits sont un peuple autochtone du Nord du Canada. Les Inuits habitent surtout au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et dans les zones nordiques du Labrador et du Québec. Le mot « Inuit » signifie « peuple » en inuktitut, la langue parlée par les Inuits. C'est également le terme qu'utilisent les Inuits eux-mêmes pour se décrire[2].

Réserve : Ce terme désigne une bande de terre dont le titre juridique appartient à la Couronne et que le gouvernement fédéral réserve à l'usage et à la jouissance d'une bande indienne. Certaines bandes occupent plus d'une réserve[2].

Dans la réserve : Ce terme désigne les personnes, les services ou les biens qui font partie d'une réserve et qui ont des liens avec les Premières nations[2].

À l'extérieur de la réserve : Ce terme désigne les personnes, les services ou les biens qui ne font pas partie d'une réserve, mais qui ont des liens avec les Premières nations[2].

Hors réserve : Ce terme désigne les peuples et les populations autochtones qui n'ont aucun lien avec des réserves. À titre d'exemple, les peuples Inuits ne vivent pas dans des réserves[1].

[1] Statistique Canada.
[2] Affaires indiennes et du Nord canadien

Mesurer le rendement

Cette section fournit des renseignements sur les 18 indicateurs sélectionnés aux fins de discussion. Tel que susmentionné, ces indicateurs s'accordent avec les grands thèmes et avec les secteurs prioritaires définis dans l'Accord sur la santé de 2003.

Un profil des faits saillants de chacun des 18 indicateurs suit la description générale des thèmes et secteurs prioritaires. En outre, cette section présente une série de tableaux qui permettent d'établir des comparaisons entre divers indicateurs de santé en usage à l'échelle des pays du G7. Ces tableaux aideront le lecteur à mieux comprendre les données canadiennes en les situant dans un contexte international. Des tables de données détaillées propres à chaque indicateur figurent à l'Annexe 2 du présent rapport.

Thèmes et secteurs prioritaires de l'Accord sur la santé de 2003

Thèmes ...

Les quatre thèmes abordés dans l'Accord sur la santé sont les suivants :

Accès au moment opportun — Les indicateurs regroupés sous ce thème servent à mesurer l'accès aux services essentiels et les temps d'attente en vue d'obtenir ces services.

Qualité — Les indicateurs regroupés sous ce thème servent à mesurer divers aspects de la qualité des services de soins de santé, y compris la sécurité des patients, la satisfaction des patients et les résultats en matière de santé.

Santé et mieux-être — Les indicateurs regroupés sous ce thème servent à mesurer la santé de l'ensemble de la population et sont tributaires de divers facteurs, y compris le niveau d'éducation, la situation socio-économique et les conditions de vie.

Viabilité — Les indicateurs regroupés sous ce thème servent à mesurer divers aspects des soins de santé, comme la situation des ressources humaines en santé, l'équipement, les réseaux d'information et la rentabilité du système.

Secteurs prioritaires ...

Chaque secteur prioritaire est décrit ci-dessous et est suivi d'un indicateur présenté à titre d'exemple.

Soins de santé primaires — Il s'agit du premier niveau de soins et du point de contact initial du patient avec le système de soins de santé. Lorsque les Canadiens ont besoin de soins non urgents, ils font le plus souvent appel aux services de soins de santé primaires. Il peut s'agir de visites au médecin de famille, aux infirmières, aux infirmières praticiennes et aux travailleurs en santé mentale; d'appels téléphoniques aux lignes d'info-santé; et des conseils de pharmaciens. *Exemple : Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis.*

Les pays du G7 ...

... sont les sept premiers pays les plus industrialisés au monde, soit l'Allemagne, le Canada, les États-Unis, la France, l'Italie, le Japon, le Royaume-Uni.

Couverture des médicaments onéreux et gestion des produits pharmaceutiques — Même si le gouvernement fédéral et les provinces et territoires assurent une certaine couverture des médicaments à divers segments de la population, les dépenses en pourcentage du revenu sur les médicaments prescrits augmentent plus que toute autre catégorie de dépenses en matière de santé. Les Canadiens aux prises avec de graves problèmes de santé peuvent faire face à des difficultés indues liées au coût très élevé des médicaments prescrits. *Exemple : Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu.*

Matériel diagnostique et médical — L'accès rapide à l'équipement diagnostique peut permettre la détection, le diagnostic et le traitement précoces, ce qui aura souvent des résultats favorables en matière de santé. Le matériel diagnostique et médical comprend généralement des appareils de haute technologie comme les imageurs à résonance magnétique (IRM), la tomographie par ordinateur (TO), l'équipement de radiothérapie et les lithotriteurs. Il comprend également d'autres pièces de matériel diagnostique et médical comme les appareils à ultrasons et à radiographie, ainsi que le matériel diagnostique et médical qui sert à améliorer la qualité des soins aux patients ou les conditions de travail du personnel de la santé. *Exemple : Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostiques.*

Ressources humaines en santé — Le système de soins de santé compte sur les services de professionnels de la santé dûment formés comme les médecins, le personnel infirmier et les pharmaciens pour assurer les soins de santé. La meilleure façon de garantir que tous les Canadiens ont un bon accès aux fournisseurs de santé consiste à s'assurer que les ressources humaines en santé sont compétentes et à prévoir et garantir un nombre suffisant de professionnels de la santé. *Exemple : Satisfaction des patients à l'égard des soins octroyés d'un médecin.*

Canadiens en santé — Un système de santé efficace suppose un bon équilibre entre la responsabilisation personnelle face à la santé et la responsabilisation collective face au système de soins de santé. Il importe d'harmoniser les approches pour lutter contre le problème de l'obésité et pour promouvoir l'activité physique et l'amélioration de la santé publique et de la santé environnementale, ainsi que pour améliorer l'état de santé des Canadiens. Il est également essentiel de poursuivre les efforts visant à promouvoir de sains modes de vie, des projets d'immunisation et autres dans le but de réduire les écarts de santé. *Exemple : Prévalence du diabète.*

Autres programmes et services — Ce secteur prioritaire regroupe les indicateurs sur l'accès au moment opportun et la qualité pris en compte dans le cadre du premier processus des rapports comparés lié au *Communiqué sur la santé des premiers ministres de 2000.*

Il comprend des mesures sur l'opinion publique quant aux soins de santé et des indicateurs de qualité axés sur les résultats en matière de santé. *Exemple : Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers.*

Soins à domicile — Ce secteur prioritaire regroupe une gamme de services qui permettent aux personnes d'obtenir des soins et des traitements à domicile et de vivre de la façon autonome alors qu'elles pourraient autrement être hospitalisées. Ceci pourrait comprendre des soins infirmiers professionnels, des soins personnalisés et de l'aide à domicile, comme des services de nettoyage et de buanderie. Les soins à domicile permettent aussi de soutenir les personnes en offrant une aide à temps plein aux individus frappés d'incapacité. *Les indicateurs associés à cette priorité sont en voie d'élaboration.*

Rapport sur 18 indicateurs

Les faits saillants des 18 indicateurs sélectionnés comprennent une courte description de chaque indicateur (c.-à-d. ce qu'il mesure), les résultats de ces mesures (y compris une illustration graphique des résultats) et une brève remarque sur ces résultats. Le thème et le secteur prioritaire auxquels se rapporte l'indicateur sont aussi précisés. Plusieurs tableaux comparant les données canadiennes à celles des autres pays du G7 figurent également. Ces derniers ne contiennent pas nécessairement les mêmes données que celles associées aux 18 indicateurs décrits mais ont été inclus pour fournir au lecteur un contexte international. L'Annexe 2 du présent rapport présente des tables de données détaillées sur les 18 indicateurs sélectionnés.

1 Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis

2 Difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé

3 Difficulté à obtenir des soins immédiats

Thème : Accès au moment opportun

Secteur prioritaire : Soins de santé primaires

Description : Cette catégorie regroupe les indicateurs qui mesurent le pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir eu de la difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis, des renseignements ou des conseils en matière de santé, et qui ont dit avoir eu de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur à tout moment de la journée au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Résultats : Parmi les Canadiens ayant eu besoin de services de santé choisis en 2003, 16,4 % disaient avoir eu de la difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête, alors que 15,8 % disaient avoir eu de la difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé et que 23,8 % disaient avoir eu de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur.

Remarque : Les Canadiens disent avoir de la difficulté à accéder à des services de santé de routine ou de suivis, à des renseignements ou à des conseils en matière de santé et à des soins immédiats pour un problème de santé mineur.

Pourcentage de la population disant avoir de la difficulté à obtenir des services de santé, des renseignements ou des conseils en matière de santé et des soins immédiats

Selon le type de service (standardisé selon l'âge), Canada, 2003*

Type de service	Pourcentage disant avoir de la difficulté à obtenir les services
Services de santé de routine ou de suivis	16,4
Renseignements ou conseils en matière de santé	15,8
Soins immédiats pour un problème de santé mineur	23,8

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé, 2003.

Notes : Comprend les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu de la difficulté à accéder à ces services, pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille, au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
Fondé sur les populations qui ont dû accéder à ces services, pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille, au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les données de l'Enquête sur l'accès aux services de santé ne s'appliquent pas aux Territoires.

4 Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu

Thème : Accès au moment opportun

Secteur prioritaire : Couverture des médicaments onéreux et gestion des produits pharmaceutiques

Description : Cet indicateur mesure le pourcentage de ménages canadiens qui dépensent plus qu'une certaine proportion (spécifiquement, 0 %, 1 %, 2 %, 3 %, 4 % ou 5 %) de leur revenu net après impôt en dépenses directes pour acheter des médicaments prescrits.

Résultats : La proportion de ménages canadiens qui dépensent plus que 1 %, 2 %, 3 %, 4 % ou 5 % de leur revenu net après impôt en dépenses directes pour acheter des médicaments prescrits a augmenté, en général, au cours de la période de six ans de 1997 à 2002. En 1997 par exemple, 18,1 % des ménages canadiens dépensaient plus que 1 %. Rendu en 2002, 19,1 % dépensaient plus de 1 %. Même si 2,7 % dépensaient plus de 5 % sur des médicaments prescrits en 1997, 3,0 % dépensaient de la sorte en 2002. En 2002, 65,2 % des ménages canadiens dépensaient une portion de leur revenu net après impôt (c'est-à-dire plus de 0 %) en dépenses directes sur des médicaments prescrits (voir la page 51 de l'Annexe 2).

Remarque : Le pourcentage des ménages canadiens qui dépensent au moins une portion de leur revenu net après impôt sur des médicaments prescrits est demeuré relativement stable au cours des dernières années.

Le revenu net après impôt …

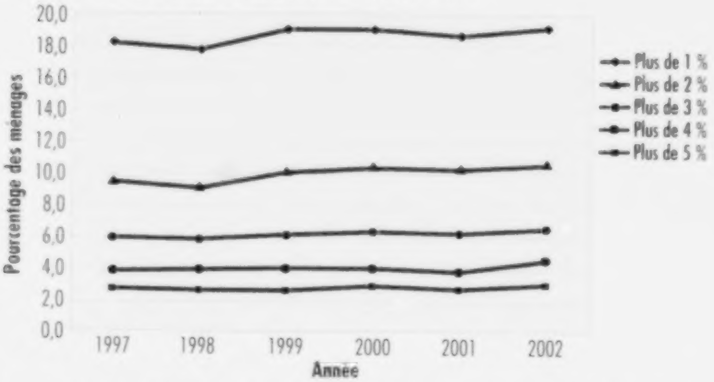
… est le revenu total moins l'impôt personnel.

Les dépenses directes …

… sont des dépenses globales ou partielles non remboursables par une assurance-médicaments ou un régime d'assurance-santé quelconque.

Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu

Selon le pourcentage de revenu après impôt, Canada, 1997 à 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur les dépenses des ménages, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001 et 2002.

Notes : Les dépenses consacrées aux médicaments prescrits comprennent uniquement les médicaments prescrits achetés par les ménages.
Les médicaments en vente libre et les médicaments payés par le gouvernement ou par les compagnies d'assurance ne sont pas inclus.
Les primes des régimes de soins de santé ne sont pas incluses.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

5 Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostiques

Cet indicateur comprend deux sous-indicateurs :

- Temps d'attente médian pour des tests de diagnostiques
- Distribution des temps d'attente pour des tests de diagnostiques

Thème : Accès au moment opportun

Secteur prioritaire : Matériel diagnostique et médical

Description : Cet indicateur mesure le temps d'attente médian déclaré par les personnes ayant besoin de tests de diagnostiques, ainsi que la proportion de personnes qui déclarent avoir dû attendre pendant trois périodes de temps différentes avant d'obtenir les tests de diagnostiques désirés (moins d'un mois, d'un à trois mois et plus de trois mois). Le temps d'attente fait référence à la quantité de temps écoulé, en semaines, entre le moment où le patient a été aiguillé vers un service et le moment où ce patient a bel et bien obtenu le service au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête. Les patients qui n'avaient pas encore obtenu les tests (ou qui sont toujours en attente) ont été exclus de la définition de cet indicateur.

Résultats : Les temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostiques n'ont pas changé de 2001 à 2003 et s'établissent toujours à trois semaines (voir la page 52 de l'Annexe 2). Les résultats de 2003 révèlent que 57,5 % des Canadiens disent avoir attendu moins d'un mois pour obtenir des tests de diagnostiques, alors que 31,1 % disent avoir attendu entre un et trois mois et que 11,5 % disent avoir attendu plus de trois mois.

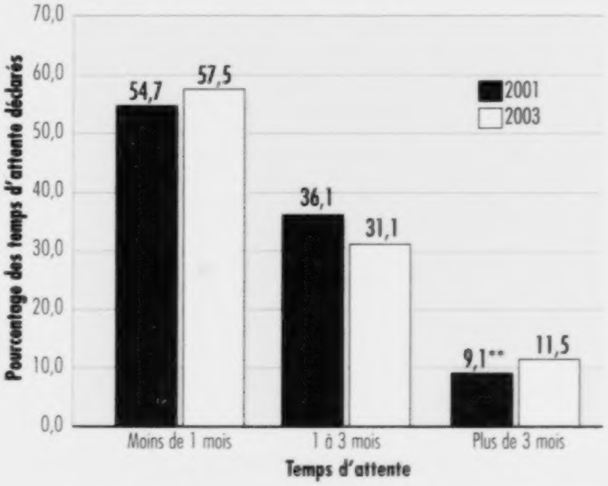
Remarque : En 2003, les Canadiens déclarent avoir attendu trois semaines avant d'obtenir les tests de diagnostiques dont ils avaient besoin, soit le même délai d'attente qu'en 2001.

Le temps d'attente médian . . .

. . . se mesure en semaines et indique qu'une moitié des patients attendent moins et que l'autre moitié attendent plus que le nombre médian de semaines. À titre d'exemple, un temps d'attente médian de trois semaines signifie que la moitié des patients ont attendu moins de trois semaines et que l'autre moitié des patients ont attendu plus de trois semaines.

Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostiques

Répartition des temps d'attente, Canada, 2001 et 2003*



Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé, 2001 et 2003.

Notes : Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu besoin de tests de diagnostiques au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête. Les tests de diagnostics comprennent uniquement les examens IRM, les tomodensitogrammes et les angiographies de nature non urgente. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les données de l'Enquête sur l'accès aux services de santé ne s'appliquent pas aux Territoires.

**Utiliser avec prudence (grande variabilité au niveau de l'échantillonnage).

6 Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire

Thème : Qualité

Secteur prioritaire : Soins de santé primaires

Description : Cet indicateur mesure les taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants en rapport avec des affections chroniques qui peuvent souvent être traitées dans le milieu comme le diabète, l'asthme, l'alcoolisme et les toxicomanies, les névroses, la dépression et les affections hypertensives. Une réduction des taux d'hospitalisation liés à des conditions propices au traitement ambulatoire s'avère désirable.

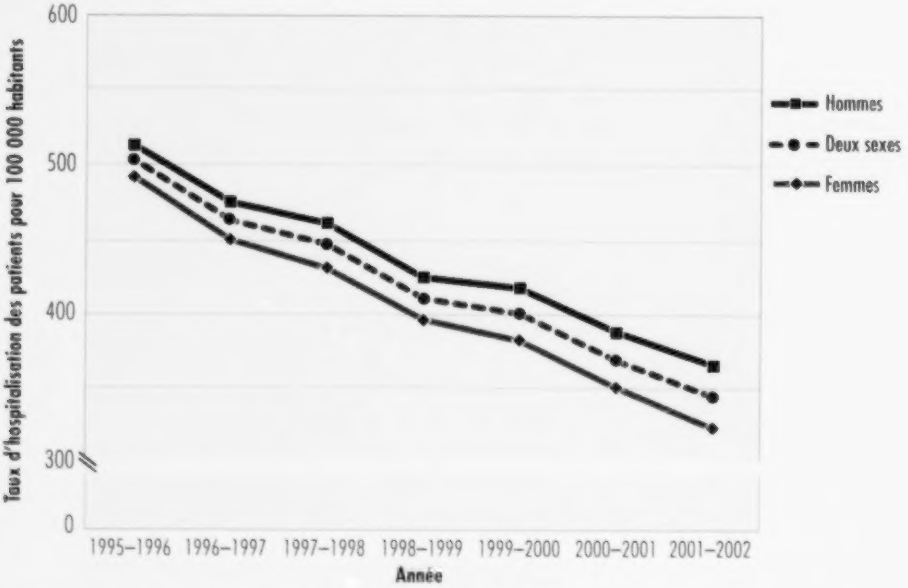
Résultats : Au Canada, les taux d'hospitalisation liées à des conditions propices au traitement ambulatoire diminuent depuis quelques années chez les femmes comme chez les hommes, passant d'un taux de 503 admissions pour 100 000 habitants en 1995–1996 à un taux de 346 admissions pour 100 000 habitants en 2001–2002.

La standardisation selon l'âge . . .

. . . est un procédé qui permet d'ajuster les taux (p. ex., le taux de mortalité) de manière à réduire l'effet des disparités dans la composition par âge lorsqu'on compare les taux applicables à des populations différentes.

Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 1995–1996 à 2001–2002



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière; Statistique Canada, Recensement; Institut de la Statistique du Québec.

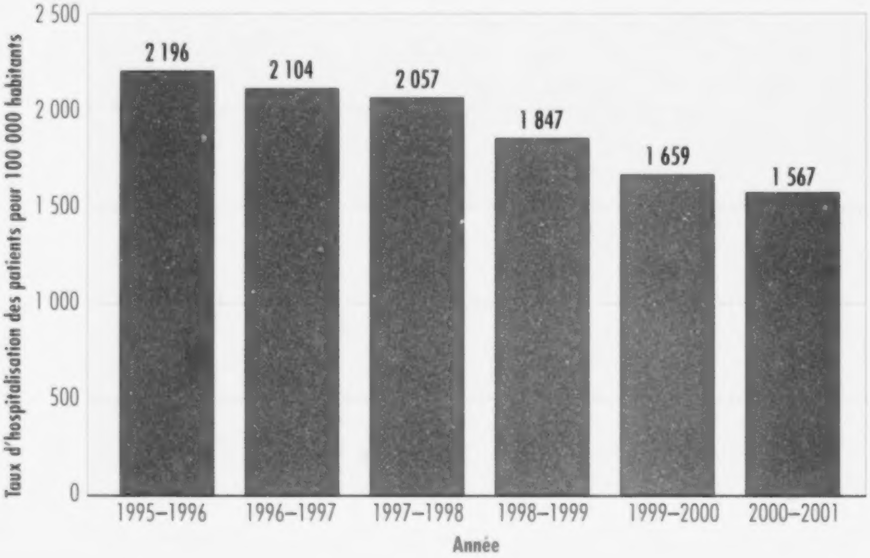
Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Ce taux a aussi diminué chez les femmes et les hommes des Premières nations, passant de 2 196 admissions pour 100 000 habitants en 1995–1996 à 1 567 admissions en 2000–2001.

Remarque : On réussit à éviter certaines hospitalisations en fournissant les soins requis au sein de la collectivité. Même si les taux ont diminué chez l'ensemble des Canadiens, il demeure de quatre à cinq fois plus élevé chez les peuples des Premières nations.

Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire (données non vérifiées)

Premières nations (dans les réserves et à l'extérieur des réserves) (standardisé selon l'âge), Canada, 1995–1996 à 2000–2001*



Sources : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits; Santé Manitoba; Santé Saskatchewan; British Columbia Ministry of Health Planning.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Voir les notes sur le tableau correspondant de l'Annexe 2.

*Les données sur les Premières nations s'appliquent uniquement à la Colombie-Britannique, à la Saskatchewan et au Manitoba.

7 Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus

Thème : Qualité

Secteur prioritaire : Soins de santé primaires

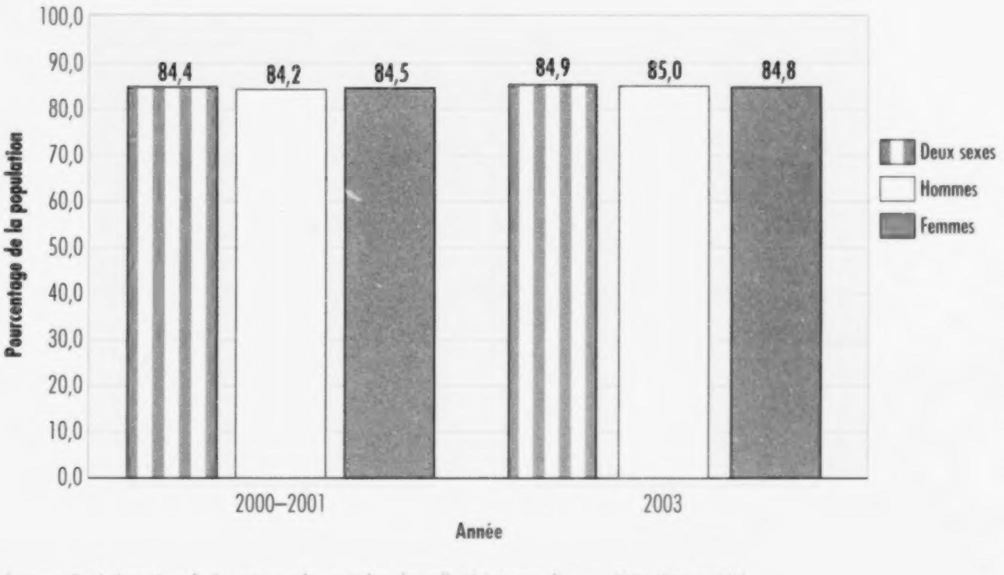
Description : La satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus fait référence au pourcentage de la population ayant reçu des services de soins de santé au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête et qui se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services fournis.

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Résultats : La plupart des Canadiens (84,9 %) se sont déclarés satisfaits du mode global de prestation des services de santé au Canada en 2003. On n'a observé aucun changement par rapport à 2000–2001, année à laquelle les participants à l'enquête ont répondu pour la première fois à cette question.

Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus

Pourcentage se disant « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services rendus, selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des services de soins de santé au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

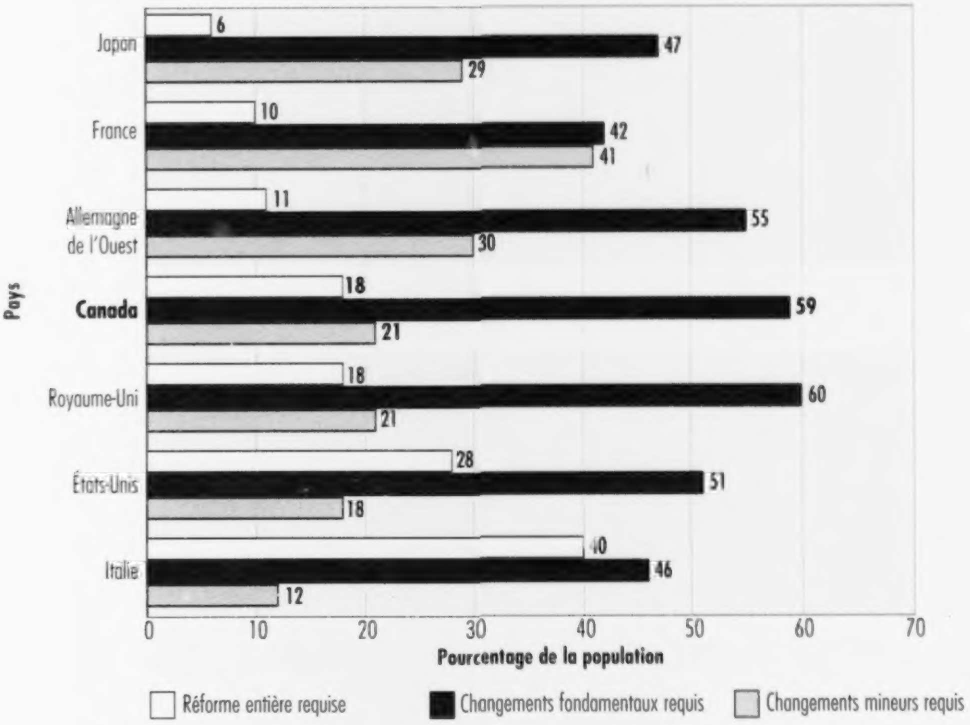
En ce qui a trait au taux de satisfaction face au régime de soins de santé et aux réformes proposées, on constate que les populations du Canada et du Royaume-Uni sont du même avis. En 2001, 21 % des populations du Canada et du Royaume-Uni déclaraient que les changements requis s'avéraient mineurs.

Remarque : En général, les Canadiens se disent satisfaits de leur régime de soins de santé, quoique les comparaisons à l'échelle des pays du G7 portent à croire qu'il pourrait y avoir lieu de remanier le régime de soins de santé pour que le Canada puisse atteindre le taux de satisfaction de la population très élevé dont font état le Japon et la France.

Les données internationales qui accompagnent cet indicateur constituent une mesure indirecte du taux de satisfaction du public face aux divers régimes de soins de santé. À titre d'exemple, la réponse « Changements mineurs requis » dénote le plus haut taux de satisfaction.

Satisfaction à l'égard des soins de santé (données non vérifiées)

Besoin exprimé d'apporter des réformes, compte tenu de la satisfaction du public face au régime de soins de santé, pays choisis



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé, 2004.

Notes : Les données sur la France, l'Italie et le Japon datent de 1988–1991; les données sur l'Allemagne de l'Ouest datent de 1994; les données sur le Canada, le R.-U. et les É.-U. datent de 2001.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

8 Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires

Thème : Qualité

Secteur prioritaire : Soins de santé primaires

Description : La satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires reflète le pourcentage de population ayant eu recours à des soins de santé communautaires au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête et au nombre de gens qui se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services.

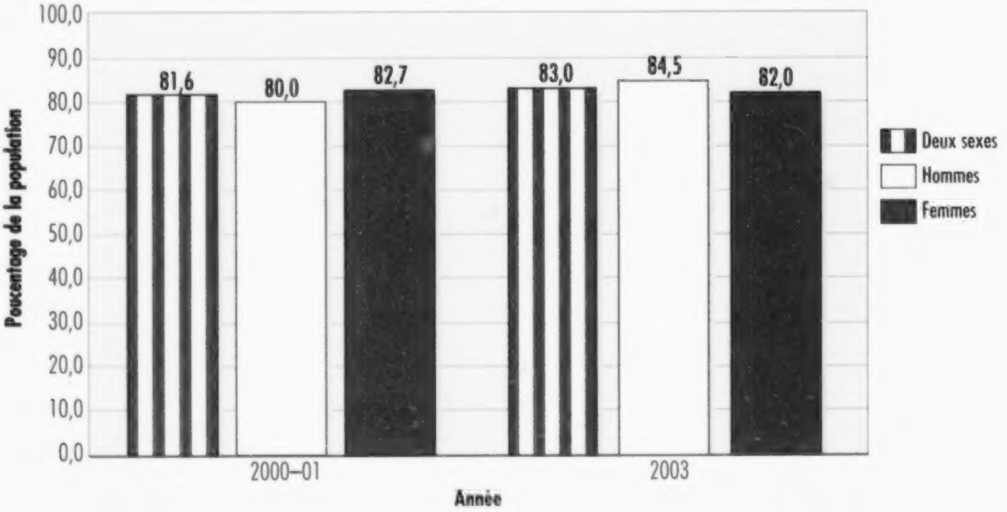
Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Résultats : En 2003, 83,0 % des Canadiens se déclaraient satisfaits du mode de prestation des soins de santé communautaires. La proportion d'hommes se disant satisfaits a augmenté, passant de 80,0 % en 2001–2002 à 84,5 % en 2003.

Remarque : En général, les Canadiens semblent satisfaits du mode de prestation des soins communautaires et le degré de satisfaction face à ce type de soins a augmenté chez les hommes au cours des dernières années.

Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires

Pourcentage se disant « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des soins reçus, selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des soins de santé communautaires au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête, hormis ceux offerts par l'entremise d'un hôpital ou d'un cabinet de médecin.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

9 Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé

Thème : Qualité

Secteur prioritaire : Soins de santé primaires

Description : La satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé reflète le pourcentage de population ayant eu recours à un service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou à un service info-santé au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête, et au nombre de gens qui se sont déclarés « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services rendus.

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Résultats : En 2003, 83,7 % des Canadiens se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé fournis. En outre, 86,0 % des hommes et 82,7 % des femmes se disaient satisfaits de ces services.

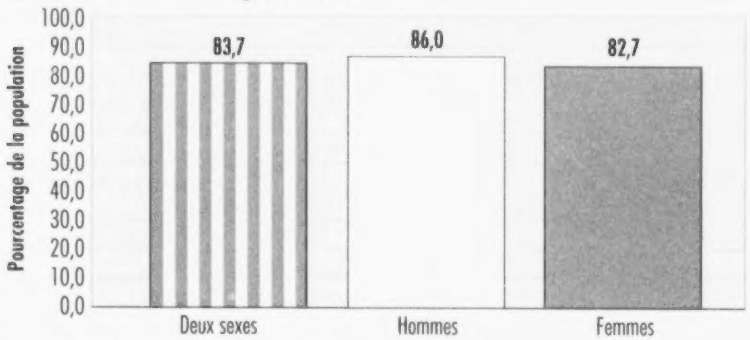
Remarque : Une forte proportion de Canadiens se déclarent satisfaits du mode de prestation du service de ligne d'information téléphonique ou des services info-santé offerts.

Le service de ligne d'information téléphonique sur la santé et les services info-santé . . .

. . . sont des services téléphoniques qui permettent au personnel infirmer ou à d'autres professionnels de la santé de fournir de l'information sur la santé. Il doit y avoir une interaction directe. Par conséquent, la définition de cet indicateur ne prend pas en compte les services automatisés.

Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé

Pourcentage se disant « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services reçus, selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2003



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu recours au service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou aux services info-santé au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
Il n'existe pas de service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou de services info-santé au Nunavut et au Yukon.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

10 *Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers*

Thème : Qualité

Secteur prioritaire : Autres programmes et services

Description : Le taux de satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers mesure le pourcentage de population ayant eu recours aux soins hospitaliers au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête, et au nombre de gens qui se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services rendus.

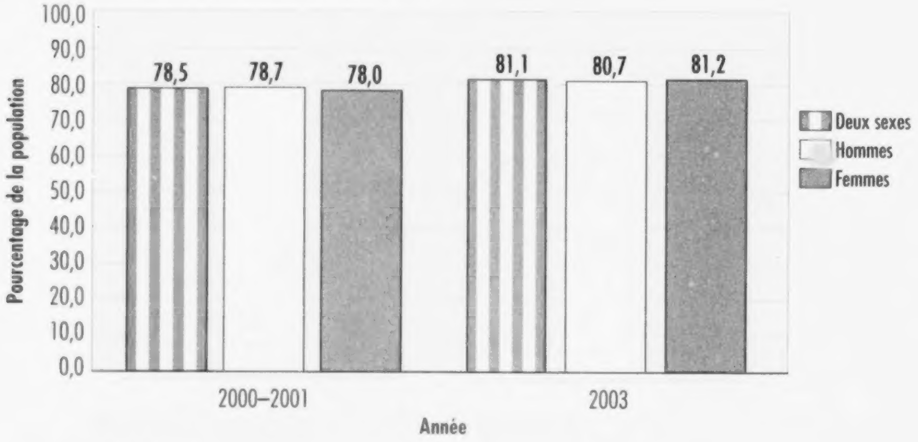
Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Résultats : Chez les Canadiens, le niveau de satisfaction des patients à l'égard du mode de prestation des soins hospitaliers a augmenté de 78,5 % en 2000–2001 à 81,1 % en 2003. La proportion de femmes qui se disaient satisfaites s'est accrue pour atteindre 81,2 % en 2003 par rapport à 78,0 % en 2000–2001.

Remarque : Au cours des années, le taux de satisfaction des Canadiens relativement au mode de prestation des soins hospitaliers reçus a augmenté, en particulier chez les femmes.

Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers

Pourcentage se disant « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services reçus, selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des soins hospitaliers au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
Fait référence aux plus récents soins hospitaliers reçus.
Il faut interpréter avec prudence les résultats car une partie des différences peut tenir au mode de cueillette de données auprès des répondants (c.-à-d. par téléphone ou en personne).
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

11 Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin

Thème : Qualité

Secteur prioritaire : Ressources humaines en santé

Description : La satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin reflète le pourcentage de population ayant eu recours aux services d'un médecin au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête, et au nombre de personnes qui se disaient « très satisfaites » ou « assez satisfaites » du mode de prestation des services rendus.

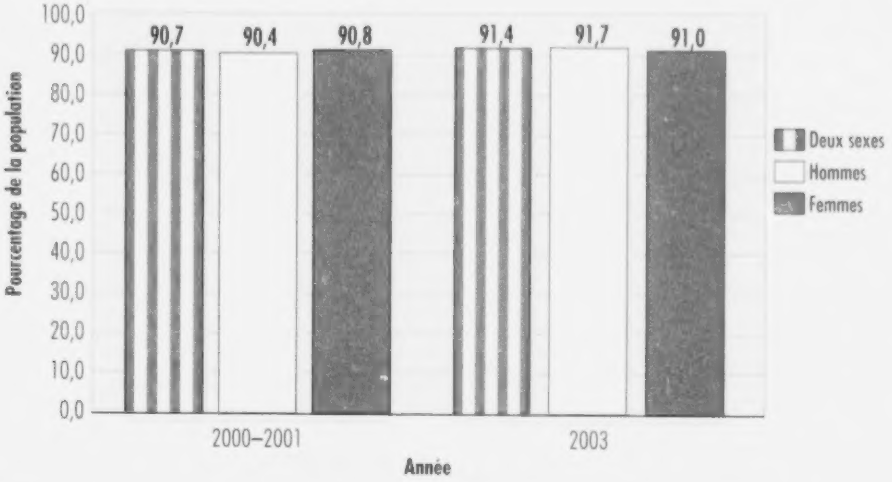
Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Résultats : En 2003, la grande majorité des Canadiens (91,4 %) se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des soins offerts par un médecin. Chez les hommes, le taux de satisfaction des patients a augmenté, passant de 90,4 % en 2000–2001 à 91,7 % en 2003.

Remarque : En général, les Canadiens se disaient satisfaits du mode de prestation des soins offerts par un médecin.

Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin

Pourcentage se disant « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des soins reçus, selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des soins d'un médecin de famille ou d'un autre médecin au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête, sauf ceux qui peuvent avoir été offerts lors d'une visite à l'hôpital.
Ceci exclut les services obtenus à l'occasion d'une visite à l'hôpital et s'applique aux plus récents soins reçus d'un médecin.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

12 Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS)

Cet indicateur comprend deux sous-indicateurs :

- Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) de l'ensemble de la population
- Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) selon le revenu.

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

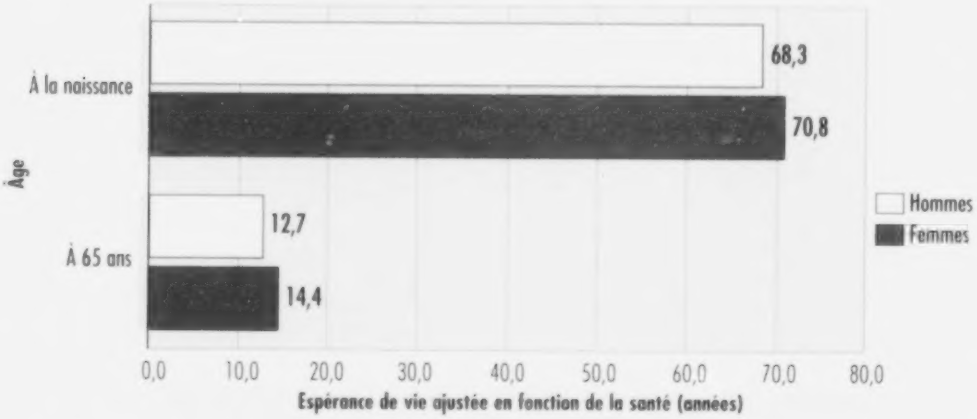
Description : L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) est un indicateur qui reflète l'état de santé général de la population. Il représente le nombre prévu d'années équivalent aux années pendant lesquelles une personne peut s'attendre à vivre en bonne santé, à partir de la situation moyenne d'une population. Les tendances relatives à l'EVAS devraient être analysées dans le contexte des tendances qui affectent l'espérance de vie (EV). Si l'EVAS augmente plus que l'EV au fil du temps, on peut conclure, de fait, que les années d'espérance de vie additionnelles sont plus souvent des années de bonne santé. La mesure de l'EVAS peut s'appliquer à l'ensemble de la population ou à des ménages faisant partie de catégories de revenu particulières.

Avis au lecteur : L'EVAS est un indicateur relativement nouveau qui repose sur un certain nombre d'hypothèses importantes aux fins d'interprétation de l'EVAS.

Résultats : En 2001, les femmes avaient une espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) supérieure à celle des hommes, tant à la naissance qu'à 65 ans. L'écart dans l'EVAS entre les femmes et les hommes s'avère plus évidente à la naissance, puisqu'elle s'établit à 70,8 ans chez les femmes et à 68,3 ans chez les hommes.

Espérance de vie ajustée en fonction de la santé

Selon le sexe, à la naissance et à 65 ans, Canada, 2001



Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001; Recensement de 2001.

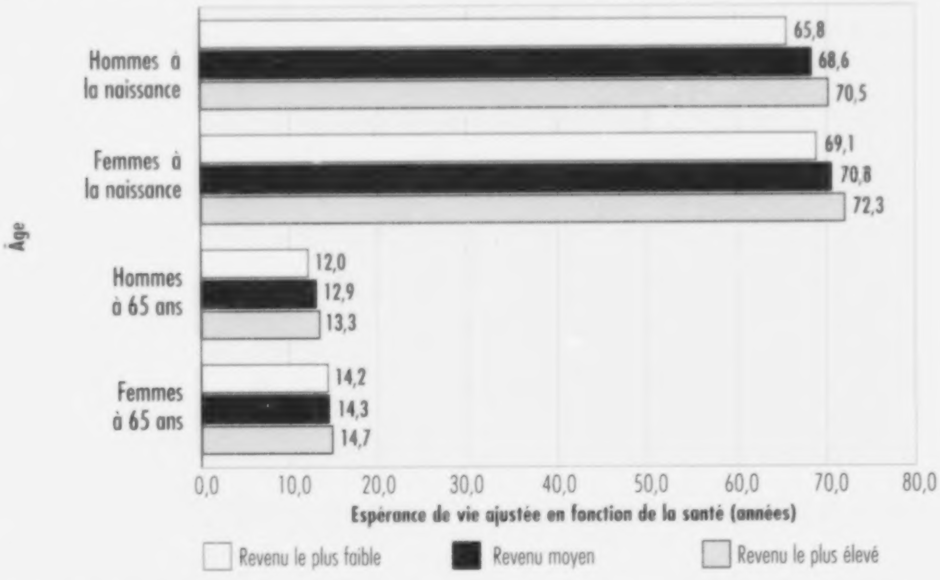
Note : Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Le sexe et le niveau de revenu à la naissance jouent un rôle crucial dans la détermination de l'EVAS. Même si, en général, l'EVAS des femmes est plus élevée que celle des hommes, les femmes faisant partie de la catégorie du revenu le plus élevé à la naissance ont une EVAS de 72,3 ans, plus que toute autre catégorie. Les hommes faisant partie de la catégorie du revenu le plus élevé à la naissance ont une EVAS de 70,5 ans. L'écart entre les femmes et les hommes est plus mince à l'âge de 65 ans dans le cas de la catégorie du revenu le plus élevé, puisque l'EVAS des hommes est de 1,4 an inférieur à l'EVAS des femmes de même catégorie. Des comparaisons entre les EVAS de diverses catégories de revenu révèlent qu'à la naissance, les femmes faisant partie de la catégorie du revenu le plus élevé ont une EVAS de 3,2 années supérieure à celle des femmes faisant partie de la catégorie du revenu le plus faible. Chez les hommes, cette même comparaison révèle que les hommes faisant partie de la catégorie du revenu le plus élevé ont une EVAS de 4,7 années supérieure à ceux faisant partie de la catégorie du revenu le plus faible.

Remarque : L'EVAS à la naissance est moins élevée chez les hommes que chez les femmes. Les Canadiens qui font partie des catégories de revenus plus élevés vivent habituellement plus longtemps et sont en meilleure santé que ceux qui font partie d'autres catégories de revenu. Les écarts relatifs à l'EVAS selon les catégories de revenu à 65 ans sont très faibles, tant chez les femmes que chez les hommes.

Espérance de vie ajustée en fonction de la santé

Selon le sexe et selon le niveau de revenu, à la naissance et à 65 ans, Canada, 2001



Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès; Enquête nationale sur la santé de la population 1996–1997; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001; Recensement de 2001.

Note : Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

13 *Prévalence du diabète*

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

Description : Cet indicateur fait état du pourcentage d'individus de 20 ans et plus atteints de tous les types de diabète.

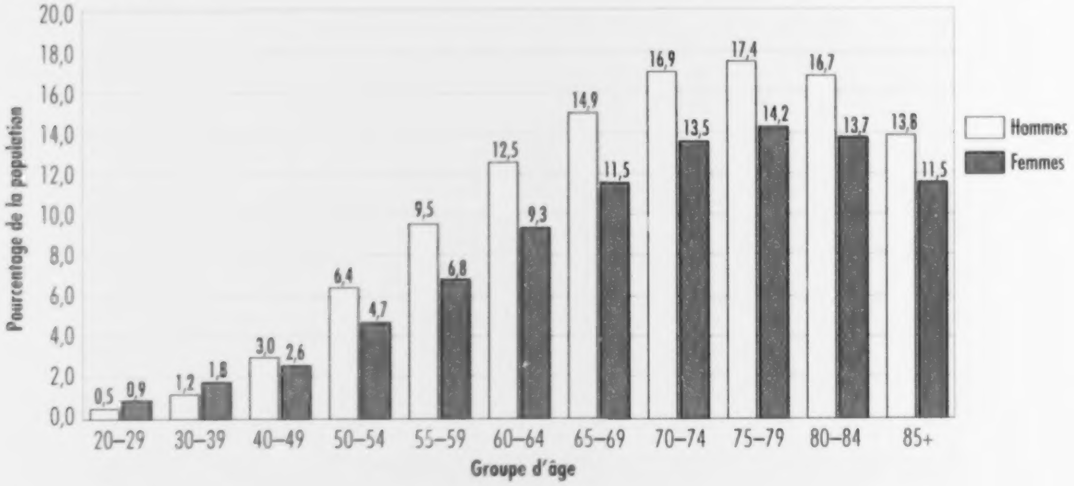
Résultats : À l'exception des années fécondes (de 20 à 39 ans), alors que le risque de diabète gestationnel est plus élevé, la prévalence du diabète était plus forte chez les hommes que chez les femmes en 1999–2000. Chez les hommes, il s'établissait à 5,4 %, comparativement à 4,9 % chez les femmes (voir la page 65 de l'Annexe 2). Chez les deux sexes, la prévalence augmentait avec l'âge pour atteindre un sommet chez les 75 à 79 ans, avec 15,5 % (17,4 % chez les hommes et 14,2 % chez les femmes). Dans l'ensemble, 5,1 % des Canadiens de 20 ans et plus vivaient avec un diabète diagnostiqué.

Le taux de prévalence des cas de diabète autodéclarés chez les Indiens d'Amérique du Nord est quatre fois plus élevé environ que le taux canadien en général.

La définition de cet indicateur s'applique à tous les types de diabète, soit le diabète Type 1, le diabète Type 2 et le diabète gestationnel.

Prévalence du diabète

Pourcentage de la population de 20 ans et plus avec un diabète diagnostiqué (tous les types), selon le sexe et selon des groupes d'âge choisis, Canada, 1999–2000*



Source : Santé Canada, Système national de surveillance du diabète (SNSD).

Notes : Les données applicables à cet indicateur sont finales et s'appliquent également aux Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut. Ce n'était pas le cas dans le rapport *Les Canadiens en santé 2002*.
Le lecteur devrait user de prudence dans l'interprétation de ces données; voir l'annexe 4.

*Ne comprend pas le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador.

Les résultats de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) font également état d'une forte prévalence du diabète chez les adultes des Premières nations de 20 ans et plus vivant dans les réserves (voir la page 65 de l'Annexe 2). Consulter l'Annexe 4 pour les exclusions et limites des données à ce sujet.

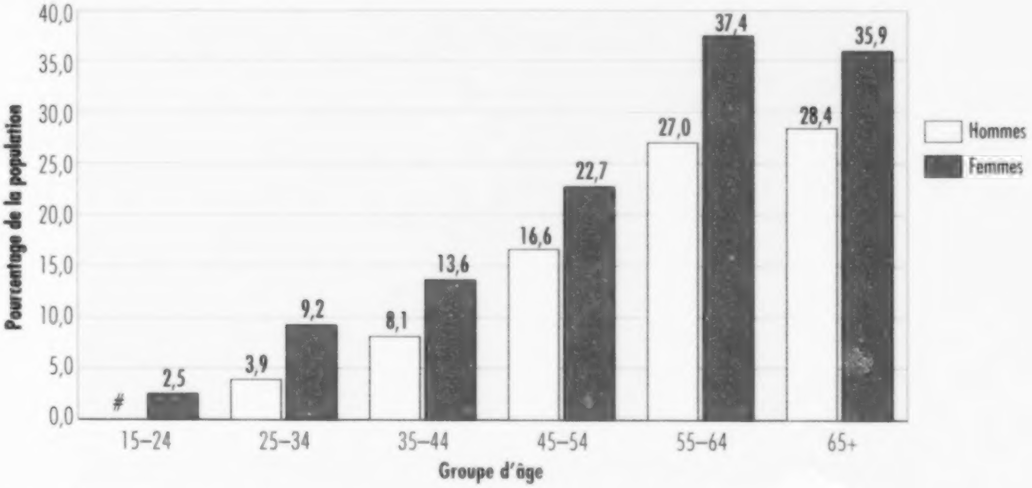
Remarque : La prévalence du diabète augmente avec l'âge et la maladie s'avère plus courante chez les hommes canadiens. Les Indiens de l'Amérique du Nord, surtout ceux qui habitent dans les réserves, affichent un taux de prévalence du diabète beaucoup plus élevé que celui de la population canadienne en général et souffrent donc de façon disproportionnée de cette maladie.

La prévalence . . .

. . . constitue le nombre de cas existants d'une maladie donnée, à un moment donné ou sur une période de temps déterminée, au sein d'une population définie.

Diabète déclaré (tous les types) (données non vérifiées)

Pourcentage de la population, selon le sexe et selon des groupes d'âge choisis, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves**), 2001*



Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : Voir les notes sur le tableau correspondant de l'Annexe 2.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les groupes d'âge diffèrent de ceux précisés dans les spécifications sur les données des rapports en 2004.
**Réserves participantes choisies.
Données supprimées en vue de protéger la confidentialité.

14 Auto-évaluation de la santé

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

Description : L'auto-évaluation de la santé mesure le pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui qualifie son état de santé comme étant « excellent » ou « très bon ».

Résultats : Le pourcentage de Canadiens de 12 ans et plus qui qualifient leur état de santé comme étant « excellent » ou « très bon » a diminué depuis quelques années. En 2003, 59,6 % qualifiaient leur état de santé comme étant « excellent » ou « très bon », comparativement à 63,3 % en 1994–1995 (voir la page 67 de l'Annexe 2). Pour toutes les années indiquées, une plus forte proportion d'hommes que de femmes qualifiaient leur état de santé comme étant « excellent » ou « très bon ».

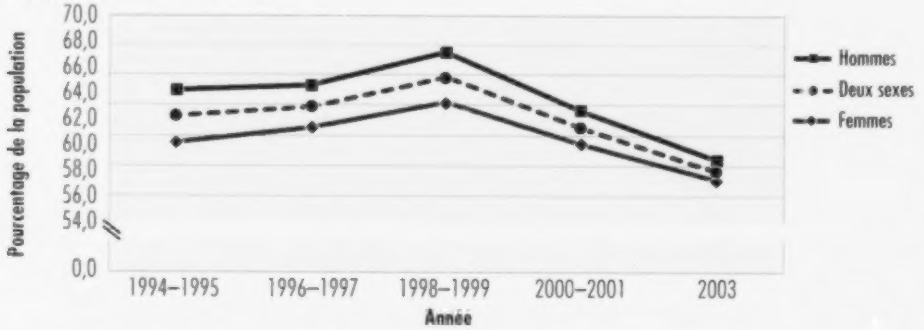
Dans le cas de tous les groupes d'âge, les Inuits qualifiaient leur état de santé comme étant « excellent ou très bon ». La proportion de personnes qualifiant leur état de santé comme étant « excellent ou très bon » diminue de façon bien plus marquée avec l'âge chez les Indiens de l'Amérique du Nord vivant dans les réserves que chez les populations inuites.

Au plan de l'auto-évaluation de l'état de santé, le Canada se classe au second rang parmi les pays du G7. De fait, 88,8 % des hommes canadiens et 87,3 % des femmes canadiennes qualifiaient leur état de santé de « bon » ou « meilleur » en 2001.

Remarque : La proportion de Canadiens qui qualifient leur état de santé comme étant « excellent ou très bon » est plus faible qu'au milieu des années 1990. Les Inuits qualifiaient davantage leur état de santé comme étant « excellent ou très bon » que les Indiens de l'Amérique du Nord vivant dans les réserves au Canada.

Auto-évaluation de la santé

Pourcentage qualifiant leur état de santé comme « excellent » ou « très bon », selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 1994–1995 à 2003

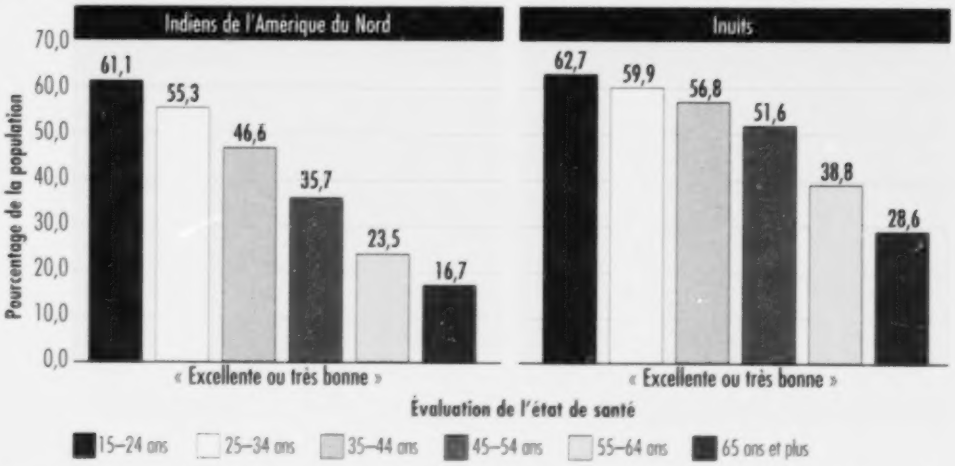


Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 à 1998–1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Fondé sur les ménages de 12 ans et plus qui évaluent leur état de santé comme étant excellent ou très bon.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Auto-évaluation de la santé (données non vérifiées)

Selon des groupes d'âge choisis, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves**) et Inuits (hors réserve), 2001*



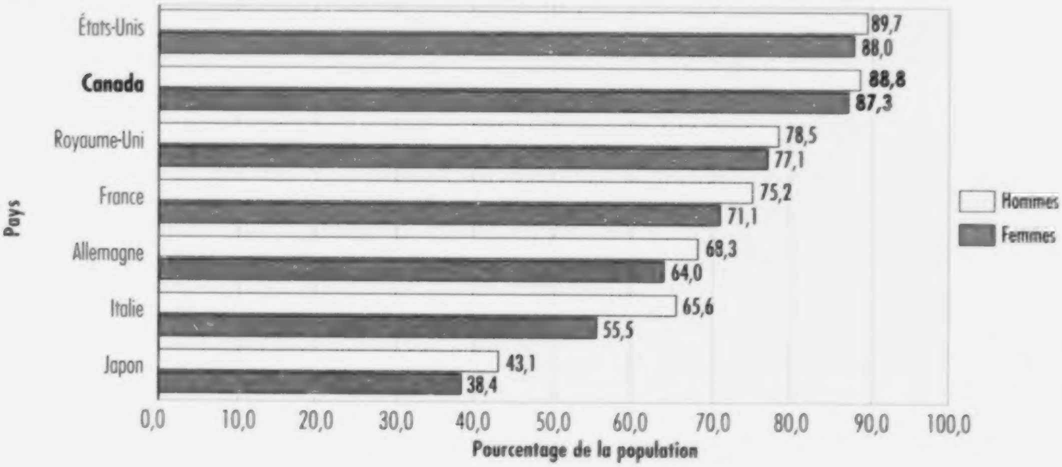
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : Voir les notes sur le tableau correspondant de l'Annexe 2.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les groupes d'âge diffèrent de ceux précisés dans les spécifications sur les données des rapports en 2004.
**Réserves participantes choisies.

Auto-évaluation de la santé (données non vérifiées)

Pourcentage se déclarant en « bonne santé ou en meilleure » santé, pays choisis



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé, 2004.

Notes : Les données sur l'Allemagne datent de 1998; les données sur l'Italie, le Japon et le Canada datent de 2001; les données sur la France, le R.-U. et les É.-U. datent de 2002.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

15 Taux de tabagisme chez les adolescents

Cet indicateur comprend deux sous-indicateurs :

- Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage d'adolescents qui fument actuellement
- Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage de jeunes qui fument tous les jours

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

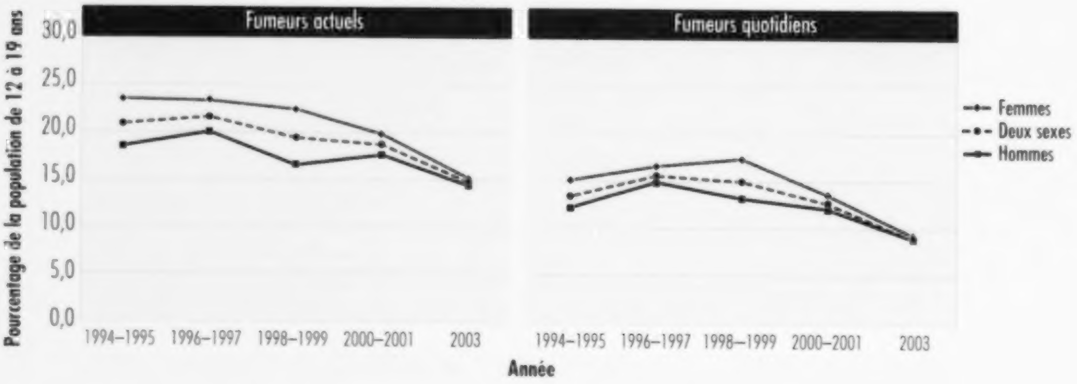
Description : Cet indicateur fait état du pourcentage de la population de 12 à 19 ans (en tant que proportion de la population totale de ce groupe d'âge) qui déclare fumer actuellement (fumeurs occasionnels et quotidiens) et du pourcentage de la population qui déclare fumer tous les jours.

Résultats : Les données révèlent que le pourcentage des fumeurs actuels de 12 à 19 ans a diminué, passant de 20,9 % en 1994–1995 à 14,8 % en 2003 (voir la page 70 de l'Annexe 2). Après une brève hausse, la proportion de jeunes qui fument tous les jours a aussi diminué, passant de 13,6 % en 1994–1995 à 9,1 % en 2003.

En 2001, le taux de tabagisme chez les adolescents inuits de 15 à 19 ans était supérieur (69,1 %) au taux de tabagisme chez les Indiens de l'Amérique du Nord du même âge (60,4 %). Il faut user de prudence en comparant ces données à celles sur le taux de tabagisme chez les adolescents canadiens puisque le taux chez les Autochtones ne

Taux de tabagisme chez les adolescents

Pourcentage de la population de 12 à 19 ans déclarant fumer actuellement et quotidiennement, selon le sexe, Canada, 1994–1995 à 2003

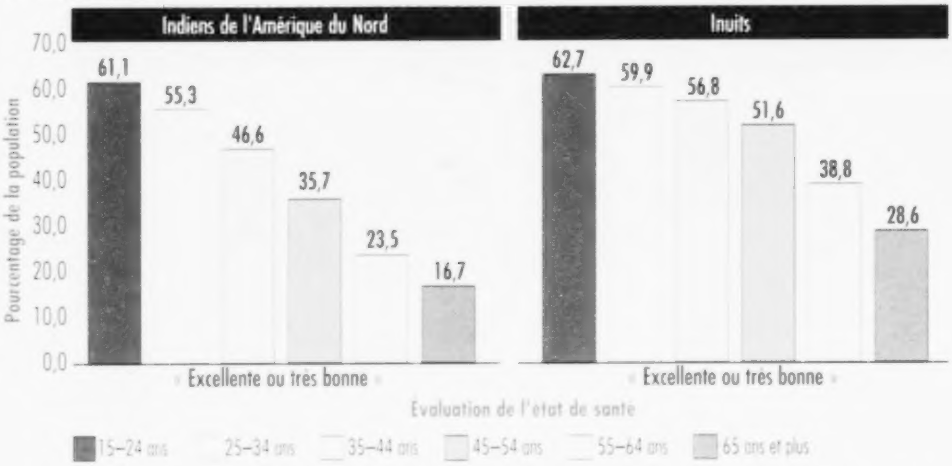


Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003.

Notes : Les fumeurs actuels regroupent les personnes qui fument quotidiennement et occasionnellement (voir l'Annexe 2). Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Auto-évaluation de la santé (données non vérifiées)

Selon des groupes d'âge choisis, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves**) et Inuits (hors réserve), 2001*



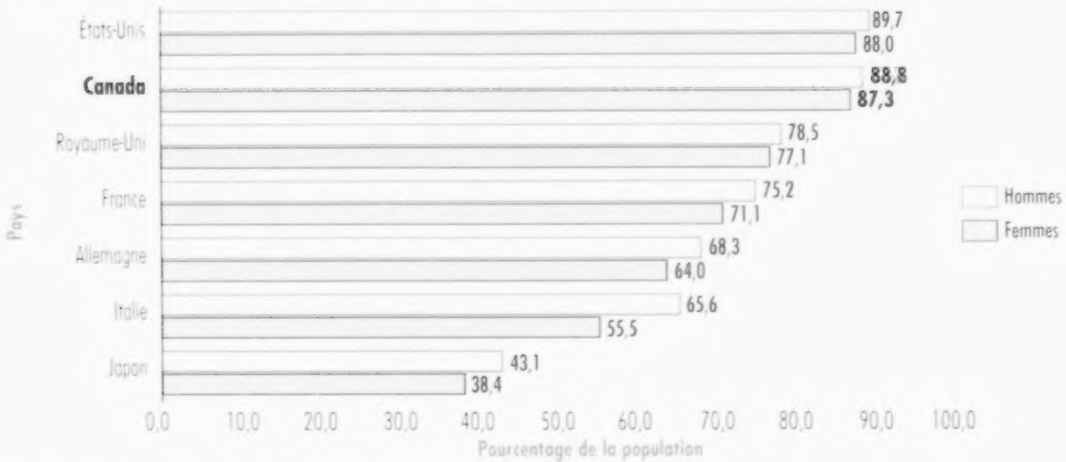
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : Voir les notes sur le tableau correspondant de l'Annexe 2.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les groupes d'âge diffèrent de ceux précisés dans les spécifications sur les données des rapports en 2004.
**Réserves participantes choisies.

Auto-évaluation de la santé (données non vérifiées)

Pourcentage se déclarant en « bonne santé ou en meilleure » santé, pays choisis



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé, 2004.

Notes : Les données sur l'Allemagne datent de 1998; les données sur l'Italie, le Japon et le Canada datent de 2001; les données sur la France, le R.-U. et les É.-U. datent de 2002.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

15 *Taux de tabagisme chez les adolescents*

Cet indicateur comprend deux sous-indicateurs :

- Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage d'adolescents qui fument actuellement
- Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage de jeunes qui fument tous les jours

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

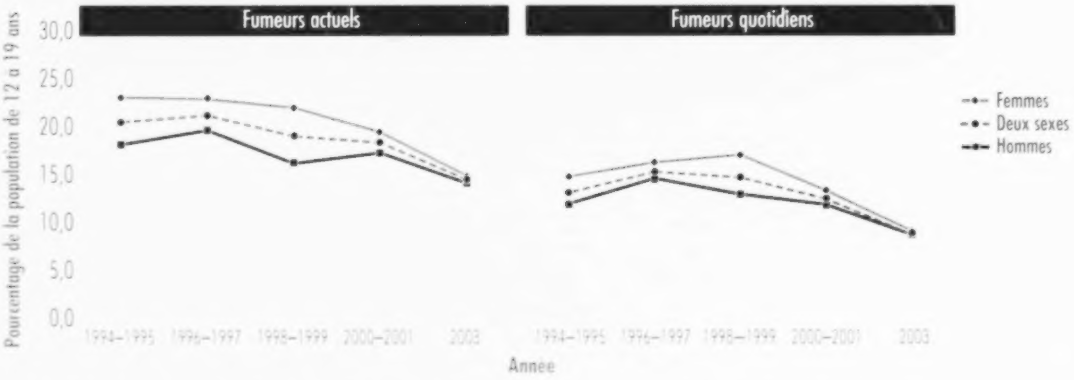
Description : Cet indicateur fait état du pourcentage de la population de 12 à 19 ans (en tant que proportion de la population totale de ce groupe d'âge) qui déclare fumer actuellement (fumeurs occasionnels et quotidiens) et du pourcentage de la population qui déclare fumer tous les jours.

Résultats : Les données révèlent que le pourcentage des fumeurs actuels de 12 à 19 ans a diminué, passant de 20,9 % en 1994–1995 à 14,8 % en 2003 (voir la page 70 de l'Annexe 2). Après une brève hausse, la proportion de jeunes qui fument tous les jours a aussi diminué, passant de 13,6 % en 1994–1995 à 9,1 % en 2003.

En 2001, le taux de tabagisme chez les adolescents inuits de 15 à 19 ans était supérieur (69,1 %) au taux de tabagisme chez les Indiens de l'Amérique du Nord du même âge (60,4 %). Il faut user de prudence en comparant ces données à celles sur le taux de tabagisme chez les adolescents canadiens puisque le taux chez les Autochtones ne

Taux de tabagisme chez les adolescents

Pourcentage de la population de 12 à 19 ans déclarant fumer actuellement et quotidiennement, selon le sexe, Canada, 1994–1995 à 2003



Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 à 1998–1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

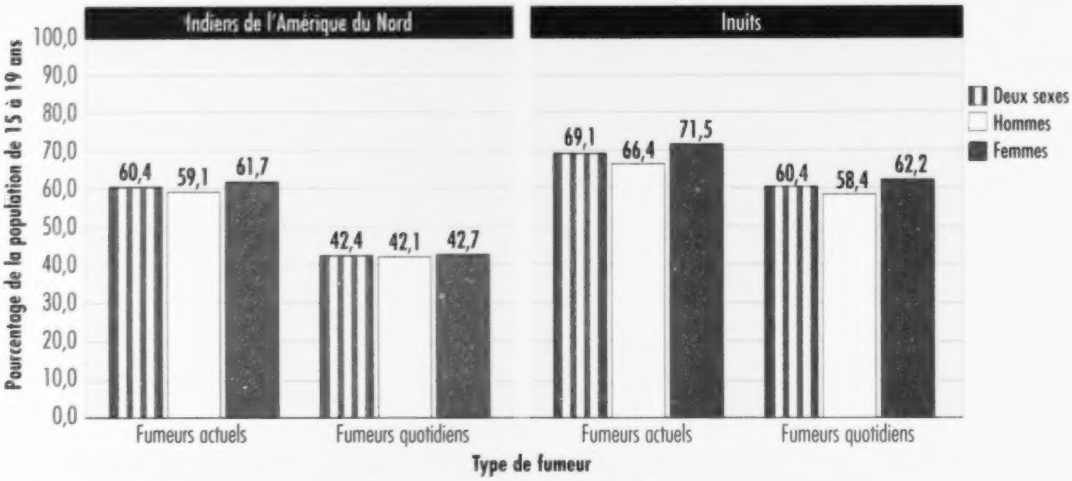
Notes : Les fumeurs actuels regroupent les personnes qui fument quotidiennement et occasionnellement (voir l'Annexe 2). Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

s'applique qu'aux jeunes de 15 à 19 ans. En même temps, les taux applicables à l'ensemble des Autochtones sont considérablement supérieurs à ceux applicables aux adolescents en général.

Remarque : En général, le taux de tabagisme chez les adolescents diminue au Canada depuis plusieurs années. Les jeunes Indiens d'Amérique du Nord et les jeunes Inuits fument plus que l'ensemble des adolescents canadiens.

Taux de tabagisme chez les adolescents (données non vérifiées)

Pourcentage de la population de 15 à 19 ans déclarant fumer actuellement ou quotidiennement, selon le sexe, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves**) et Inuits (hors réserve), 2001*



Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : Les fumeurs actuels regroupent les personnes qui fument quotidiennement et occasionnellement (voir l'Annexe 2).
Voir les notes sur le tableau correspondant de l'Annexe 2.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les groupes d'âge diffèrent de ceux précisés dans les spécifications sur les données des rapports en 2004.
**Réserves participantes choisies.

16 Activité physique

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

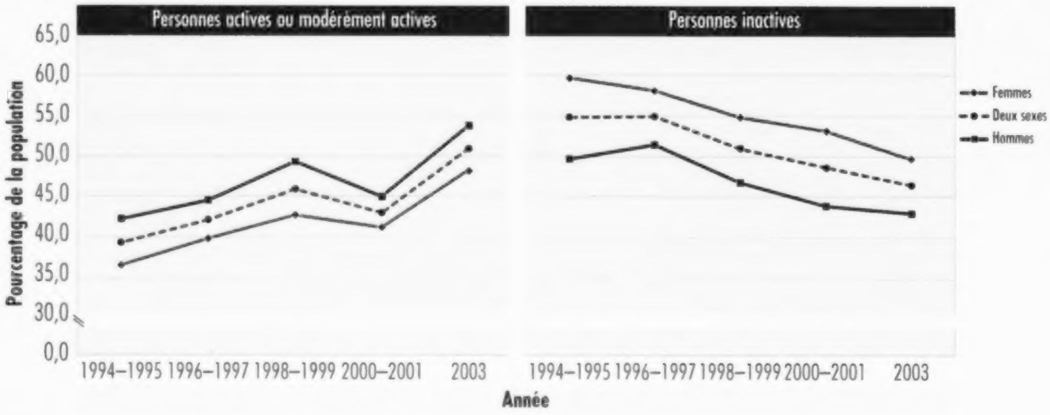
Description : L'activité physique sert à mesurer le pourcentage des membres de la population âgés de 12 ans et plus qui se déclarent actifs et qui se déclarent inactifs.

Résultats : La proportion de Canadiens se déclarant actifs ou modérément actifs a augmenté, passant de 39,3 % en 1994–1995 à 51,0 % en 2003. Dans le cas de chaque année illustrée (de 1994–1995 à 2003), une plus grande proportion d'hommes que de femmes se sont déclarés actifs (voir la page 72 à l'Annexe 2). En 2003 par exemple, 53,8 % des hommes se disaient actifs par rapport à 48,3 % de femmes. La proportion de Canadiens se disant inactifs a diminué au cours de la même période, puisque 46,4 % se sont déclarés inactifs en 2003, comparativement à 54,8 % en 1994–1995.

Remarque : En général, les Canadiens sont en voie de devenir plus actifs. Le pourcentage de la population se considérant inactive a diminué.

Activité physique

Pourcentage de la population se déclarant active ou modérément active et inactive, selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 1994–1995 à 2003



Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 à 1998–1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

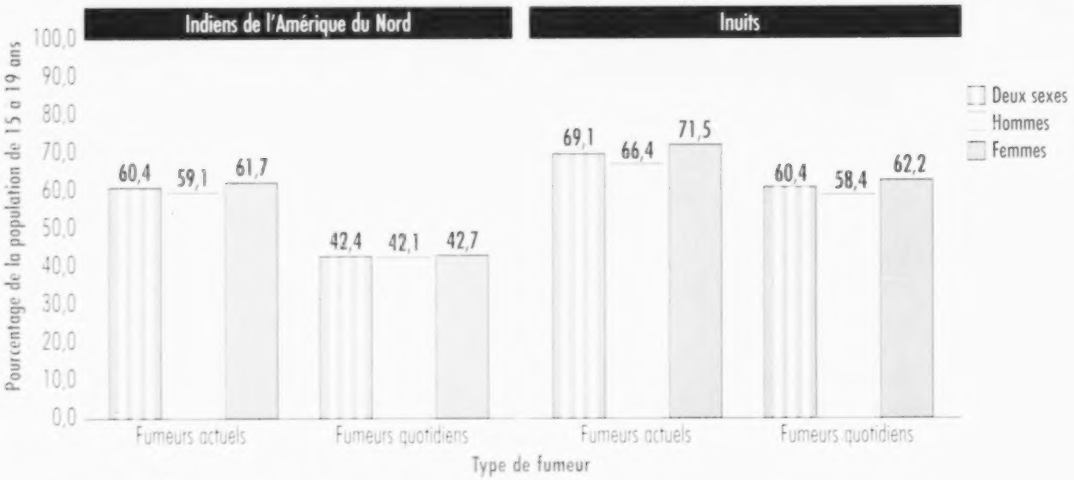
Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Comprend les ménages de 12 ans et plus qui décrivent leur niveau d'activité physique en réponse à des questions concernant la fréquence, la durée et l'intensité des activités physiques qu'ils pratiquent pendant leurs heures de loisirs.
Il faut interpréter avec prudence les résultats car une partie des différences peut tenir au mode de cueillette de données auprès des répondants (c.-à-d. par téléphone ou en personne).
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

s'applique qu'aux jeunes de 15 à 19 ans. En même temps, les taux applicables à l'ensemble des Autochtones sont considérablement supérieurs à ceux applicables aux adolescents en général.

Remarque : En général, le taux de tabagisme chez les adolescents diminue au Canada depuis plusieurs années. Les jeunes Indiens d'Amérique du Nord et les jeunes Inuits fument plus que l'ensemble des adolescents canadiens.

Taux de tabagisme chez les adolescents (données non vérifiées)

Pourcentage de la population de 15 à 19 ans déclarant fumer actuellement ou quotidiennement, selon le sexe, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves**) et Inuits (hors réserve), 2001*



Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : Les fumeurs actuels regroupent les personnes qui fument quotidiennement et occasionnellement (voir l'Annexe 2).
Voir les notes sur le tableau correspondant de l'Annexe 2.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les groupes d'âge diffèrent de ceux précisés dans les spécifications sur les données des rapports en 2004.
**Réserves participantes choisies.

16 *Activité physique*

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

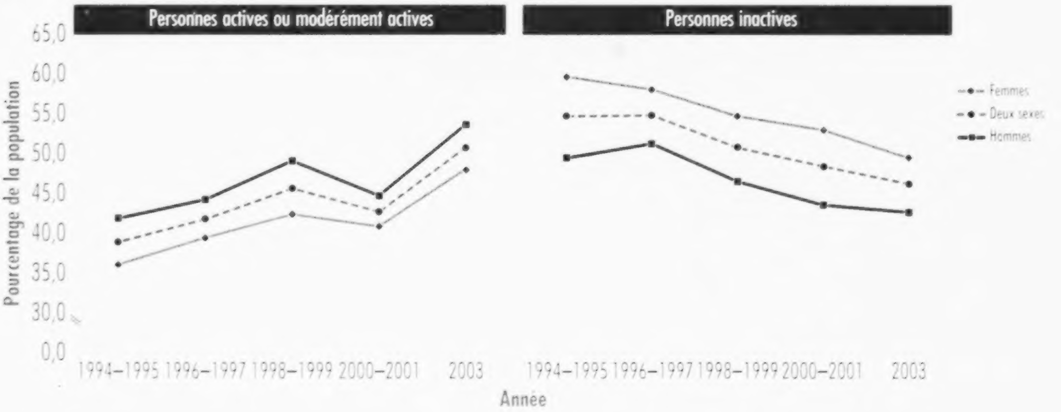
Description : L'activité physique sert à mesurer le pourcentage des membres de la population âgés de 12 ans et plus qui se déclarent actifs et qui se déclarent inactifs.

Résultats : La proportion de Canadiens se déclarant actifs ou modérément actifs a augmenté, passant de 39,3 % en 1994–1995 à 51,0 % en 2003. Dans le cas de chaque année illustrée (de 1994–1995 à 2003), une plus grande proportion d'hommes que de femmes se sont déclarés actifs (voir la page 72 à l'Annexe 2). En 2003 par exemple, 53,8 % des hommes se disaient actifs par rapport à 48,3 % de femmes. La proportion de Canadiens se disant inactifs a diminué au cours de la même période, puisque 46,4 % se sont déclarés inactifs en 2003, comparativement à 54,8 % en 1994–1995.

Remarque : En général, les Canadiens sont en voie de devenir plus actifs. Le pourcentage de la population se considérant inactive a diminué.

Activité physique

Pourcentage de la population se déclarant active ou modérément active et inactive, selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 1994–1995 à 2003



Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 à 1998–1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Comprend les ménages de 12 ans et plus qui décrivent leur niveau d'activité physique en réponse à des questions concernant la fréquence, la durée et l'intensité des activités physiques qu'ils pratiquent pendant leurs heures de loisirs.
Il faut interpréter avec prudence les résultats car une partie des différences peut tenir au mode de cueillette de données auprès des répondants (c.-à-d. par téléphone ou en personne).
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

17 Indice de masse corporelle

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

Description : Cet indicateur mesure le pourcentage de la population de 18 ans et plus (à l'exception des femmes enceintes) dont l'indice de masse corporelle (IMC) mesuré s'inscrit dans l'une des quatre catégories suivantes : insuffisance pondérale, poids acceptable, surcharge pondérale ou obésité. La catégorie sur l'obésité se subdivise en trois classes : obèse I, obèse II et obèse III.

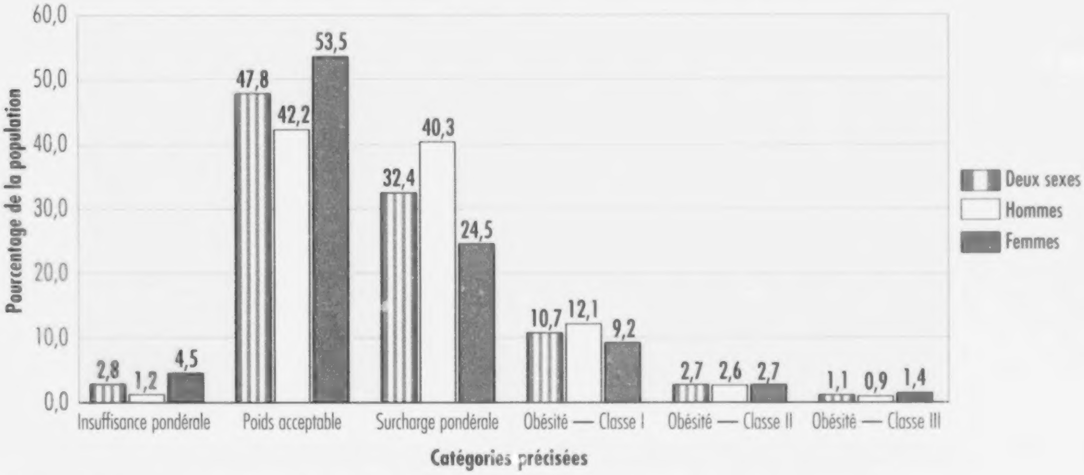
Résultats : Les données canadiennes révèlent qu'en 2003, 14,5 % des adultes canadiens avaient un IMC calculé qui les classait dans le groupe des personnes obèses et que 32,4 % affichaient une surcharge pondérale. En même temps, 47,8 % des Canadiens avaient un poids se situant dans la marge acceptable alors que 2,8 % affichaient une insuffisance pondérale.

L'indice de masse corporelle (IMC) …

… est le ratio entre le poids d'une personne et sa hauteur. On calcule cet indice en divisant le poids (en kilogrammes) par la hauteur (en mètres) au carré.

Indice de masse corporelle

Pourcentage avec un IMC calculé s'inscrivant dans les catégories précisées, selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2003



Source : Statistique Canada, Enquête sur la sante dans les collectivités canadiennes, 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Comprend les ménages de 18 ans et plus, à l'exclusion des femmes enceintes et des personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètre) de haut ou de plus de 6 pieds, 11 pouces (2,108 mètres) de haut.
Il faut interpréter avec prudence les résultats car une partie des différences peut tenir au mode de cueillette de données auprès des répondants (c.-à-d. par téléphone ou en personne).
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

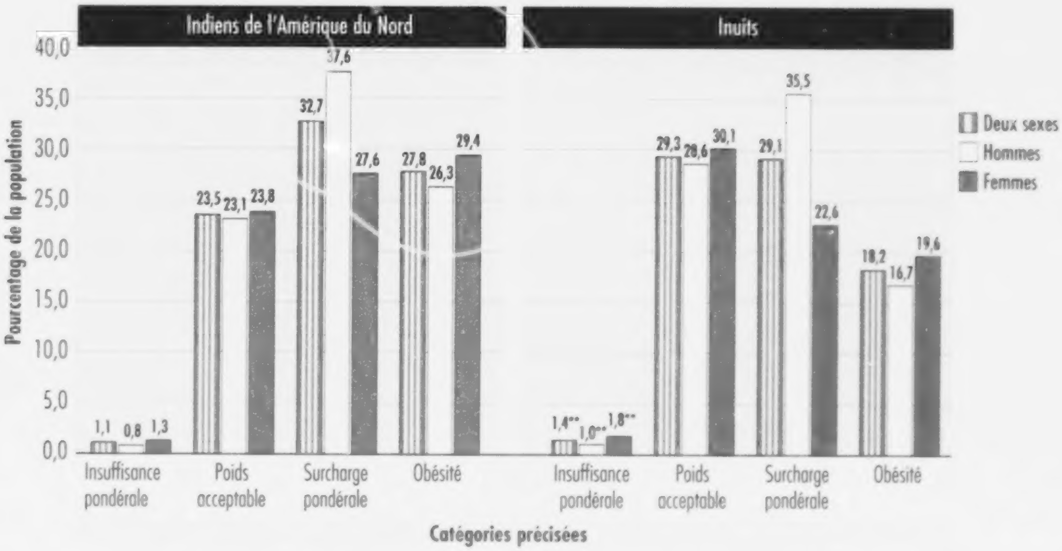
En 2003 toujours, un très petit pourcentage d'Indiens de l'Amérique du Nord et d'Inuits affichaient une insuffisance pondérale. La proportion d'Inuits ayant un poids acceptable (29,3 %) était plus élevée que la proportion d'Indiens de l'Amérique du Nord (23,5 %) ayant un poids acceptable. Finalement, une plus forte proportion d'Indiens de l'Amérique du Nord affichaient une surcharge pondérale (32,7 %) ou étaient obèses (27,8 %) que d'Inuits (29,1 % et 18,2 % respectivement).

Les résultats de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations font également état de niveaux semblables de surcharge pondérale et d'obésité chez les adultes des Premières nations de 18 ans et plus vivant dans les réserves (voir la page 73 de l'Annexe 2). Consulter l'Annexe 4 pour d'autres exclusions et limites à ce sujet.

Certains croient que les critères d'obésité utilisés pour l'ensemble de la population canadienne pourraient mal s'appliquer aux peuples inuits.

Indice de masse corporelle (données non vérifiées)

Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) avec un IMC calculé s'inscrivant dans les catégories précisées, selon le sexe, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves) et Inuits (hors réserve), 2001*



Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : Voir les notes sur le tableau correspondant de l'Annexe 2.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Réserves participantes choisies.
**Utiliser avec prudence (grande variabilité au niveau de l'échantillonnage).

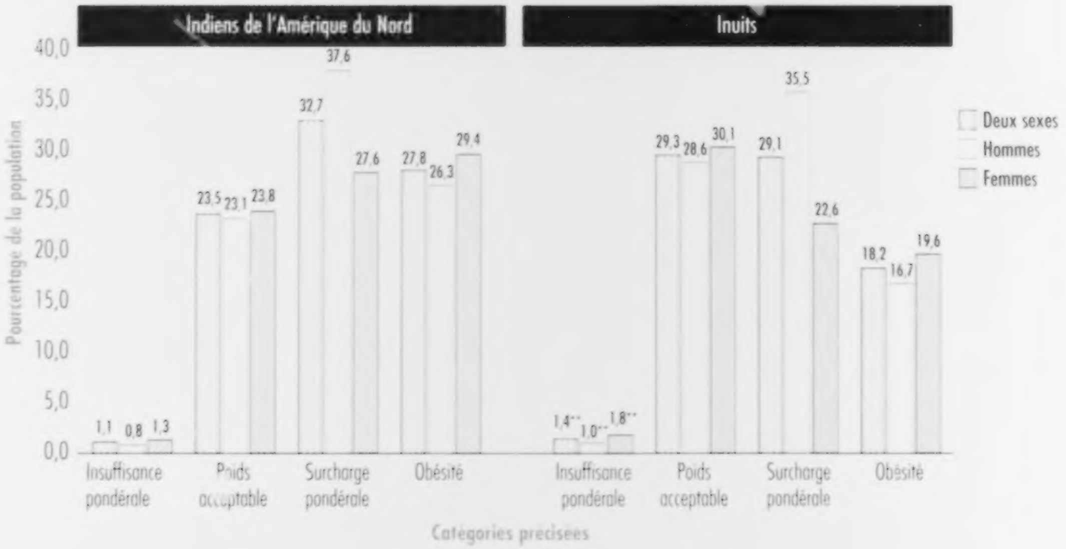
En 2003 toujours, un très petit pourcentage d'Indiens de l'Amérique du Nord et d'Inuits affichaient une insuffisance pondérale. La proportion d'Inuits ayant un poids acceptable (29,3 %) était plus élevée que la proportion d'Indiens de l'Amérique du Nord (23,5 %) ayant un poids acceptable. Finalement, une plus forte proportion d'Indiens de l'Amérique du Nord affichaient une surcharge pondérale (32,7 %) ou étaient obèses (27,8 %) que d'Inuits (29,1 % et 18,2 % respectivement).

Les résultats de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations font également état de niveaux semblables de surcharge pondérale et d'obésité chez les adultes des Premières nations de 18 ans et plus vivant dans les réserves (voir la page 73 de l'Annexe 2). Consulter l'Annexe 4 pour d'autres exclusions et limites à ce sujet.

Certains croient que les critères d'obésité utilisés pour l'ensemble de la population canadienne pourraient mal s'appliquer aux peuples inuits.

Indice de masse corporelle (données non vérifiées)

Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) avec un IMC calculé s'inscrivant dans les catégories précisées, selon le sexe, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves) et Inuits (hors réserve), 2001*



Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : Voir les notes sur le tableau correspondant de l'Annexe 2.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Réserves participantes choisies.
**Utiliser avec prudence (grande variabilité au niveau de l'échantillonnage).

Même si l'on a observé une tendance croissante, avec l'obésité, des niveaux de pression artérielle et de lipides chez les Inuits, l'ampleur de la réponse différait quant aux niveaux de lipoprotéines à haute densité et de triglycérides par rapport à un échantillonnage de la population en général. L'étude n'indiquait pas clairement si les critères d'IMC ordinaires s'avéraient utiles pour prédire les risques pour la santé chez les Inuits[3].

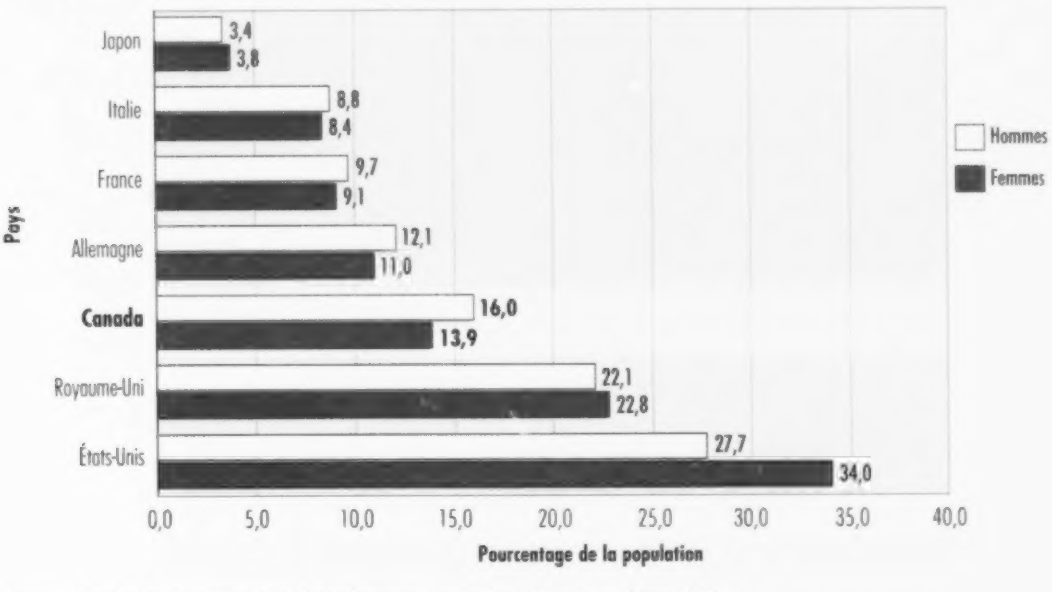
Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques pour 2001 révèlent qu'au Canada, 16,0 % des hommes et 13,9 % des femmes faisaient état d'un indice de masse corporelle les situant dans la catégorie des personnes obèses.

Remarque : Au Canada, près de la moitié des Canadiens affichent une surcharge pondérale ou sont obèses alors qu'une proportion semblable ont un poids acceptable. En ce qui touche la proportion de la population qualifiée d'obèse, le Canada se classe au moyen rang parmi les pays du G7.

[3] Young T.K. Obesity, central fat patterning and their metabolic correlates among the Inuit of the Central Canadian Arctic. *Human Biology*, 68(2), 245–263, 1996.

Poids corporel et composition corporelle (données non vérifiées)

Pourcentage de la population considérée obèse (IMC >30), selon le sexe, pays choisis



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé 2004.

Notes : Les données sur l'Allemagne et les États-Unis datent de 1999; les données sur l'Italie datent de 2000; les données sur le Canada datent de 2001; les données sur la France, le Japon et le R.-U. datent de 2002.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

18 Vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus (« vaccin antigrippal »)

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

Description : Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes de 65 ans et plus qui ont déclaré avoir eu un vaccin antigrippal au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Résultats : Les données de Statistique Canada révèlent que 62,1 % des Canadiens d 65 ans et plus ont dit avoir été vaccinés contre la grippe au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête, alors qu'un autre 10,3 % ont dit avoir eu un vaccin antigrippal une année ou plus avant la tenue de l'enquête. Par contre, 20,6 % disaient n'avoir jamais eu un tel vaccin.

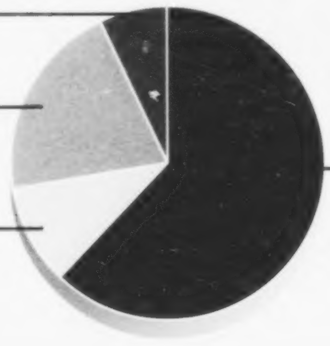
Le Canada se classe au moyen rang parmi les pays du G7 en ce qui a trait au pourcentage de personnes de 65 ans et plus vaccinées contre la grippe au cours des 12 derniers mois précédant la tenue de l'enquête. De fait, 63,0 % des Canadiens ont dit avoir eu un vaccin antigrippal en 2000.

Remarque : La plupart des aînés canadiens prennent des mesures pour prévenir la grippe en obtenant régulièrement un vaccin antigrippal.

Les données associées à cet indicateur ne prennent pas en compte les résidents d'établissements.

Vaccination contre la grippe

Pourcentage de la population de 65 ans et plus vaccinée contre la grippe à des moments choisis, les deux sexes (standardisé selon l'âge), Canada, 2003

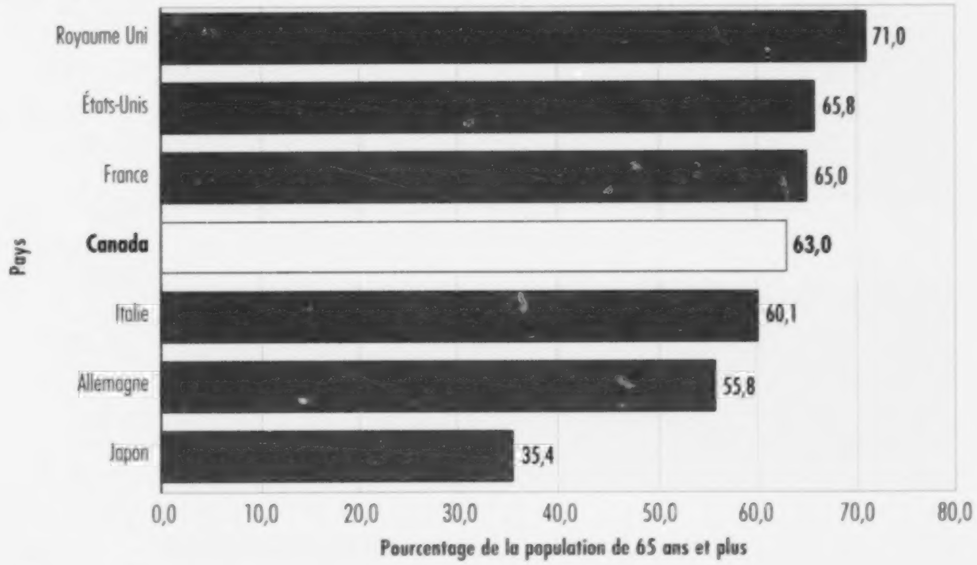


Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Comprend les ménages de 65 ans et plus qui précisent quand ils ont reçu leur dernier vaccin contre la grippe (« vaccin antigrippal »).
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Vaccination contre la grippe (données non vérifiées)

Pourcentage de la population de 65 ans et plus vaccinée contre la grippe au cours des 12 derniers mois, pays choisis



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé, 2004.

Notes : Les données sur le Canada datent de 2000; les données sur la France et l'Allemagne datent de 2001; les données sur l'Italie, le Japon et les États-Unis datent de 2002; les données sur le R.-U. datent de 2003.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

IV

Information sur la santé — Défis et prochaines étapes

L'information sur la santé et les systèmes intégrés d'information sur la santé continueront de jouer un rôle essentiel dans l'encadrement des objectifs de santé des Canadiens, tant à titre individuel que collectif. Partant de cette réalité, le gouvernement fédéral a choisi d'investir, au cours des dernières années, de fortes sommes en vue d'améliorer les systèmes d'information sur la santé pour mieux répondre aux besoins de la population canadienne.

Depuis 1999, le gouvernement fédéral a investi plus de 280,0 millions de dollars dans la modernisation de l'information sur la santé au Canada. Cette mesure a renforcé notre aptitude à prendre des décisions fondées sur la preuve et permis de rehausser la qualité des rapports sur la santé des Canadiens et sur l'état du système de prestation des soins de santé. On a investi de façon semblable dans la cueillette de données sur les peuples autochtones. Dans son budget fédéral de 2003, le gouvernement a consacré 6,0 millions de dollars étalés sur quatre ans pour améliorer les modes de cueillette et d'analyse des données sur la santé des populations autochtones.

Cet investissement dans l'information sur la santé s'est avéré fort fructueux. Il a permis d'appuyer l'engagement des premiers ministres à produire des rapports, conformément à l'Accord sur la santé; il a facilité le développement de nouvelles sources de données; il a amélioré la qualité des données; il a favorisé la production de données normatives nationales; et il a intensifié la responsabilisation en rendant l'information sur la santé accessible au public. À titre d'exemple, les données sur tous les nouveaux indicateurs décrits dans ce rapport proviennent de Statistique Canada. En outre, hormis les sept indicateurs de sources provinciales, tous les autres indicateurs sont tirés d'ensembles de données nationales disponibles auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Santé Canada.

Malgré de nets progrès, plus d'efforts sont requis pour continuer de faire des percées, pour approfondir notre aptitude à recueillir, développer et identifier les données nationales, et pour en rendre compte de façon uniforme et comparable. Ainsi, même si les ensembles de données actuels s'avèrent intéressants au plan de la comparabilité entre les administrations et n'exigent pas d'investissements majeurs de la part des gouvernements, ils ne constituent pas des sources adéquates dans le cas de certains nouveaux indicateurs qui doivent être élaborés à partir de rien (comme ceux sur les soins à domicile et sur la couverture des médicaments onéreux). Les rapports sur les indicateurs comparables de la santé qui sous-tendent les engagements des premiers ministres dans l'Accord sur la santé ont permis, entre autres, de consolider le rôle des organismes d'information nationaux en tant qu'importants fournisseurs de données. Ils n'ont toutefois pas exacerbé la demande en faveur de systèmes administratifs de données sur la santé provinciaux et territoriaux harmonisés.

En outre, il faut explorer davantage le thème de la viabilité et le secteur prioritaire des soins à domicile abordés dans l'Accord sur la santé de 2003 pour permettre la publication de données comparables à l'échelle du Canada. Puisqu'il n'est pas encore possible de produire des rapports sur ce thème et sur cette priorité, le présent rapport n'en fait pas état.

Le Comité consultatif sur la gouvernance et la responsabilité a engagé des mesures pour combler ces lacunes en misant sur un processus d'élaboration future des indicateurs pouvant faire l'objet de rapports à long terme (2006 et plus). Même si certains de ces indicateurs peuvent être élaborés dans un délai relativement court, d'autres pourraient exiger plus de temps. À titre d'exemple, dans le cas des indicateurs pour lesquels on ne dispose d'aucune donnée pour l'instant, il faut prévoir une période d'élaboration plus longue et plus laborieuse. La première étape à franchir est en voie de conceptualisation et suppose une étude de faisabilité sur le processus requis pour élaborer des indicateurs valides, appropriés et plus fiables en vue de concrétiser les objectifs de l'Accord sur la santé de 2003.

Il y a aussi plusieurs défis à relever pour obtenir des données de qualité sur les Autochtones. On note deux grandes problématiques : l'inaptitude à vérifier constamment les données sur les traitements et les résultats applicables aux populations autochtones suivant leur intégration à un régime provincial, et la difficulté à faire des distinctions entre divers groupes autochtones (d'où la nécessité de définir des identificateurs propres aux Autochtones). Dans le cadre de son engagement à accroître les efforts de cueillette de données sur l'état de santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada amorçait, en 2002–2003, un projet d'information et d'analyse sur la santé étalé sur deux ans. Depuis le début de cette initiative, Santé Canada a publié deux éditions du *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*. Le ministère s'est également doté de politiques sur la confidentialité et l'assurance de la qualité des données et a créé des dictionnaires de données à partir des principaux regroupements de données.

Dans une large mesure, les renseignements sur les Autochtones contenus dans ce rapport proviennent de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 menée par Statistique Canada, en partenariat avec des organismes autochtones nationaux, et qui affiche un taux de participation de 84 %. Il s'agit d'une grande amélioration par rapport à la qualité des données du rapport de 2002 sur les peuples autochtones, quoiqu'on note encore de légères limites. En raison du nombre élevé de membres des Premières nations du Québec qui ont refusé de participé, par exemple, on ne dispose pas de données provinciales sur les personnes qui habitent dans les réserves québécoises. Somme toute, les données sur les Autochtones dans les réserves et à l'extérieur des réserves ont été publiées séparément et il n'existe pas de données regroupées reflétant l'ensemble de la population autochtone canadienne. Dans le cas de toutes les données sur les Autochtones, on a investi beaucoup d'efforts pour déterminer les limites des données et pour fournir des sources d'information dans l'optique de combler les lacunes.

Il existe des circonstances uniques qui affectent la prestation des services de santé aux populations autochtones, dont la fragmentation des modes de prestation des services de santé aux Autochtones entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les gouvernements municipaux; l'isolement des collectivités autochtones; et divers enjeux liés à la quête d'autonomie gouvernementale des collectivités autochtones. En vue de rétrécir l'écart entre les groupes autochtones et non autochtones, l'*Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé* entraînait l'instauration d'un Cadre visant la préparation de rapports comparables sur l'état de santé des Autochtones. Dans ce contexte, les premiers ministres enjoignaient les ministres de la Santé à

> « ... consulter les peuples autochtones, d'utiliser des indicateurs comparables, et de créer l'infrastructure de données nécessaire. Ces rapports renseigneront les Canadiens sur les progrès accomplis et les principaux résultats. Ils renseigneront aussi les Canadiens sur les programmes en vigueur et les dépenses courantes, leur fournissant des données de référence afin d'évaluer les nouveaux investissements, ainsi que sur les niveaux de services et les résultats. »

Le Cadre visant la préparation de rapports comparables sur l'état de santé des Autochtones devrait permettre de tracer un portrait plus fidèle de l'état de santé et du bien-être des peuples autochtones à travers le Canada. Il devrait aussi fournir des renseignements plus pertinents aux décideurs de tous les ordres, soit les Autochtones, les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral. En outre, il constituera un point de référence à partir duquel mesurer le progrès accompli et aidera à orienter les nouveaux investissements vers les secteurs où ils auront le plus d'effet.

On a confié à un groupe de travail composé de représentants du gouvernement fédéral, des provinces et territoires et des cinq organisations autochtones nationales la tâche d'instaurer le Cadre visant la préparation de rapports comparables sur l'état de santé des Autochtones. Il est à souhaiter que l'élaboration de ce cadre aidera à régler certains problèmes relatifs aux données sur l'état de santé des Autochtones à l'échelle canadienne.

Énoncé de responsabilité

Sousministre de la Santé
Santé Canada

Responsabilité de la direction au sujet du rapport sur les indicateurs de la santé

Santé Canada est responsable de la préparation et de la présentation du rapport *Les Canadiens et les Canadiennes en santé* qui comprend « 18 indicateurs comparables dans le domaine de la santé sélectionnés », choisis et définis à la Conférence des sousministres de la santé.

À notre connaissance, l'information contenue dans le rapport est complète, exacte (à moins d'indication contraire) et les limites des données sont présentées adéquatement, compte tenu des besoins des utilisateurs prévus du rapport. Le rapport indique les cas où il y a eu des dérogations à ce qui était prévu ou donne des explications, au besoin, pour faciliter l'interprétation des données.

La responsabilité de l'information sur l'indicateur « prévalence du diabète » et des systèmes d'information sur la santé qui ont produit les données ayant servi à préparer *Les Canadiens et les Canadiennes en santé* incombe à Santé Canada. Cette responsabilité comprend le maintien des systèmes d'information nécessaires et des contrôles adéquats pour fournir l'assurance que l'information produite par les systèmes est exacte. Les systèmes d'information sur la santé de Santé Canada procurent un tableau, à l'échelle nationale, de l'état de santé de la population canadienne et des résultats en matière de santé. Cela exige une collaboration étroite avec les gouvernements des provinces et des territoires ou d'autres administrations qui fournissent volontairement les données.

Pour préparer ce rapport, Santé Canada a également utilisé de l'information fournie par des parties extérieures, notamment Statistique Canada pour 16 indicateurs et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour un des indicateurs (Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire). Santé Canada est convaincu que l'information obtenue de ces sources extérieures est exacte et exempte d'inexactitude importante. Santé Canada prend toutes les mesures raisonnables pour assurer la qualité de l'information fournie par des sources extérieures, dont Statistique Canada et l'ICIS, et qui est incluse dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé.*

La vérificatrice générale a reçu le mandat d'effectuer une vérification auprès de tiers et de formuler une opinion de vérification sur le rapport.

Le sousministre,

Ian Green

Auditor General of Canada
Vérificatrice générale du Canada

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR

Au ministre de la Santé

J'ai vérifié les 18 indicateurs de la santé nationale présentés dans le rapport sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé de novembre 2004, préparé par Santé Canada. Ce rapport est publié en vertu de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, lequel fait suite au Communiqué sur la santé émis à l'occasion de la réunion des premiers ministres en 2000. La Conférence des sous-ministres de la santé a choisi et défini les indicateurs particuliers devant faire l'objet d'un rapport à la population canadienne. La responsabilité de communiquer de l'information relative aux indicateurs de la santé à l'échelle nationale incombe à Santé Canada.

Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur l'intégralité, l'exactitude et la présentation adéquate des 18 indicateurs de la santé présentés dans le rapport du gouvernement fédéral sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé de 2004 en me fondant sur ma vérification. Toutefois, ma responsabilité ne s'étend pas à l'évaluation de la performance, ni de la pertinence ou de la suffisance des indicateurs de la santé. Mon travail sur les analyses des indicateurs de la santé présentés dans ce rapport s'est limité à lire cette information afin de m'assurer que celle-ci n'était pas incohérente avec le résultat des indicateurs vérifiés. Je n'ai pas vérifié les données de sources internationales ni les données sur les populations autochtones. De plus, ma vérification s'est limitée à l'information de la dernière année pour laquelle chaque indicateur a été présenté.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes relatives aux missions de certification établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les indicateurs de la santé sont exempts d'inexactitudes importantes. À cette fin, j'ai vérifié ces indicateurs de la santé afin de déterminer s'ils répondaient aux critères d'intégralité, d'exactitude et de présentation adéquate énoncés dans l'annexe A de mon rapport. Ma vérification comprend l'examen par sondages des éléments probants à l'appui des indicateurs de la santé et des informations fournies. Ma vérification comprend également l'évaluation des jugements importants posés par la direction de Santé Canada pour préparer le rapport du gouvernement fédéral de 2004.

À mon avis, les indicateurs de la santé présentés dans le rapport du gouvernement fédéral donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de l'information exigée qui est complète, exacte et présentée adéquatement, selon les critères énoncés dans l'annexe A. En outre, à mon avis, le rapport présente et décrit

adéquatement les dérogations aux critères, plus particulièrement les raisons pour lesquelles il ne présente pas de données pour certains secteurs des services de santé de responsabilité fédérale.

Mon travail comprenait aussi la vérification des données nationales au sujet de l'indicateur « Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire ». J'ai été incapable de formuler une opinion sur cet indicateur dans mon rapport de 2002, car l'étude de la qualité des données n'avait pas été terminée. Cette étude est maintenant terminée et je suis en mesure de formuler une opinion, à savoir que dans le rapport sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé du gouvernement fédéral de 2004, cet indicateur donne, à tous les égards importants, une image fidèle de l'information exigée qui est complète, exacte et présentée adéquatement, selon les critères énoncés dans l'annexe A.

Je considère que le travail accompli par Santé Canada pour préparer ce rapport est encourageant.

La vérificatrice générale du Canada,

Sheila Fraser

Sheila Fraser, FCA
Ottawa, le 17 novembre 2004

ANNEXE A

Critères de vérification

Santé Canada a reconnu le caractère adéquat des critères suivants :

Intégralité

Conformément à l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, la Conférence des sous-ministres a approuvé 70 indicateurs, y compris un sous-ensemble de 18 indicateurs que toutes les administrations doivent sélectionner pour préparer leur rapport de 2004. Tous les indicateurs de la santé présentés sont conformes aux définitions, aux caractéristiques techniques et aux normes de présentation approuvées. Tous les 18 indicateurs de la santé sélectionnés sont présentés.

Exactitude

Les indicateurs de la santé publiés correspondent bien aux faits, ont un niveau d'exactitude adéquat et constant permettant de faire des comparaisons entre les administrations et entre les rapports de 2002 et 2004 pour chaque administration, s'il y a lieu.

Présentation adéquate

Les indicateurs de la santé sont définis, et leur portée et leurs limites sont expliquées. Le rapport indique et décrit bien les dérogations à ce qui a été approuvé par la Conférence des sous-ministres. Il présente également les mesures envisagées afin qu'il n'y ait plus de dérogations.

Annexe 1

Liste des 18 indicateurs sélectionnés

Nota : *Il existe, en tout, 70 indicateurs devant faire l'objet de rapports publics en 2004. On a choisi 18 de ces indicateurs (indicateurs sélectionnés) pour faire l'objet de rapports détaillés de la part du gouvernement fédéral et de tous les gouvernements provinciaux et territoriaux en 2004. Les données relatives à tous les indicateurs sont affichées à des sites Web gérés par l'Institut canadien d'information sur la santé (http://www.icis.ca/indicateurs-comparables) et par Statistique Canada (http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/index.htm)*

Secteur prioritaire et indicateur (et sous-indicateur)		Nombre d'indicateurs	Nombre de sous-indicateurs	Rapport fédéral contient des données sur :	
				Canada	Premières nation
Thème : Accès au moment opportun					
Soins de santé primaires					
Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis	Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis	1	1	✔	*
Difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé	Difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé	2	2	✔	*
Difficulté à obtenir des soins immédiats	Difficulté à obtenir des soins immédiats	3	3	✔	*
Couverture de médicaments onéreux et gestion des produits pharmaceutiques					
Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu	Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu	4	4	✔	S/O
Matériel diagnostique et médical					
Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostiques	Temps d'attente médian pour des tests de diagnostiques	5	5	✔	
	Distribution des temps d'attente pour des tests de diagnostiques		6		
Thème : Qualité					
Soins de santé primaires					
Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire	Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire	6	7	✔	✔
Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus	Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus	7	8	✔	*
Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires	Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires	8	9	✔	
Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé	Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé	9	10	✔	S/O

Secteur prioritaire et indicateur (et sous-indicateur)		Nombre d'indicateurs	Nombre de sous-indicateurs	Rapport fédéral contient des données sur : Canada	Premières nation
Thème : Accès au moment opportun					
Autres programmes et services					
Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers	Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers	10	11	✔	S/O
Ressources humaines en santé					
Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin	Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin	11	12	✔	*
Thème : Santé et mieux-être					
Canadiens en santé					
Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS)	Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) de l'ensemble de la population	12	13	✔	
	Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) selon le revenu		14		
Prévalence du diabète	Prévalence du diabète	13	15	✔	✔
Auto-évaluation de la santé	Auto-évaluation de la santé	14	16	✔	✔
Taux de tabagisme chez les adolescents	Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage d'adolescents qui fument actuellement	15	17	✔	✔
	Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage de jeunes qui fument tous les jours		18		
Activité physique	Activité physique	16	19	✔	
Indice de masse corporelle	Indice de masse corporelle	17	20	✔	✔
Vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus (« vaccin antigrippal »)	Vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus (« vaccin antigrippal »)	18	21	✔	

*Les données sont affichées à l'Annexe 2 mais ne correspondent pas aux exigences qui sous-tendent les données comparables de 2004. Les données disponibles s'appliquent à des enjeux semblables à ceux associés aux indicateurs de 2004.

S/O — L'indicateur ne s'applique pas aux compétences fédérales.

Tables de données applicables aux 18 indicateurs sélectionnés

1 Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis

2 Difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé

3 Difficulté à obtenir des soins immédiats

Description : Cette catégorie regroupe les indicateurs qui mesurent le pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir eu de la difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis, des renseignements ou des conseils en matière de santé, et qui ont dit avoir eu de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur à tout moment de la journée au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Définitions :

1. Pourcentage de personnes de 15 ans et plus qui ont eu besoin de soins de routine ou de services de suivi pour elles-mêmes ou un membre de leur famille au cours des 12 mois précédents et qui ont eu de la difficulté à obtenir ces services.
2. Pourcentage des personnes de 15 ans et plus qui ont eu besoin d'information ou de conseils sur la santé pour elles-mêmes ou un membre de leur famille au cours des 12 derniers mois et qui ont eu de la difficulté à les obtenir, peu importe l'heure et le jour.
3. Pourcentage de personnes de 15 ans et plus qui ont eu besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur qu'un membre de la famille ou elles-mêmes ont éprouvé au cours des 12 derniers mois et qui ont eu de la difficulté à les obtenir peu importe l'heure et le jour.

Canada

Pourcentage de la population disant avoir de la difficulté à obtenir des services de santé, des renseignements ou des conseils en matière de santé et des soins immédiats

Selon le type de service (standardisé selon l'âge), Canada, 2003*

Type de service	Pourcentage disant avoir de la difficulté à obtenir les services
Services de santé de routine ou de suivis	16,4
Renseignements ou conseils en matière de santé	15,8
Soins immédiats pour un problème de santé mineur	23,8

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé, 2003.

Notes : Comprend les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu de la difficulté à accéder à ces services, pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille, au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
Fondé sur les populations qui déclarent avoir eu de la difficulté à accéder à ces services, pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille, au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
Les problèmes de santé mineur comprennent la fièvre, les vomissements, des gros maux de tête, les foulures aux chevilles, les brûlures mineures, les coupures, les abrasions, les éruptions cutanées sans explication, etc. les problèmes de santé et les blessures qui ne mettent pas la vie en péril résultant d'un accident mineur.
Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les données de l'Enquête sur l'accès aux services de santé ne s'appliquent pas aux Territoires.

Premières nations

Les données sur les Premières nations relatives à cet indicateur proviennent du sondage d'opinion publique « Ce que les Premières nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé » (2004) mené par l'Organisation nationale de la santé autochtone auprès de quelque 1 200 répondants. Même si les questions ne sont pas conformes aux exigences qui sous-tendent les rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004, elles s'orientent autour d'enjeux semblables.

Premières nations — Difficulté à obtenir des soins de santé et des renseignements en matière de santé (données non vérifiées)

En 2002, 17 % des répondants au sondage déclaraient que l'accès à un rendez-vous avec une infirmière était « assez » difficile ou « très » difficile, alors que 33 % affirmaient que l'accès à un rendez-vous avec un médecin était « assez » difficile ou « très » difficile.

Trente-six pour cent des répondants au sondage auprès des Premières nations disaient avoir cherché à obtenir des renseignements sur des questions de santé personnelle comme la nutrition, la condition physique et la cessation du tabagisme au cours de la dernière année (30 % des hommes et 39 % des femmes).

Dix-huit pour cent des membres des Premières nations vivant dans les réserves faisaient part d'une occasion où ils n'avaient pas obtenu les soins de santé nécessaires au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête. De ce nombre, 22 % déclaraient ne pas avoir obtenu les soins requis parce que le temps d'attente était trop long, alors que d'autres disaient que les soins en question n'étaient pas disponibles dans leur région (14 %) ou au moment où ils en avaient eu besoin (13 %).

Source : 2004, Organisation nationale de la santé autochtone, « Ce que les Premières nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé ».

Note : Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

4 Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu

Description : Cet indicateur mesure le pourcentage de ménages canadiens qui dépensent plus qu'une certaine proportion (spécifiquement, 0 %, 1 %, 2 %, 3 %, 4 % ou 5 %) de leur revenu net après impôt, en dépenses directes, pour acheter des médicaments prescrits.

Définition : Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits, en pourcentage du revenu net d'impôt allant au-delà de 0 %, 1 %, 2 %, 3 %, 4 % et 5 %.

Canada

Dépenses consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu

Pourcentage des ménages, Canada, 1997–2002

Catégorie de dépenses	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Plus que 0 %	66,8	64,8	65,7	64,9	65,4	65,2
Plus que 1 %	18,1	17,7	19,0	19,0	18,6	19,1
Plus que 2 %	9,4	9,0	10,0	10,3	10,2	10,5
Plus que 3 %	5,9	5,8	6,1	6,3	6,2	6,5
Plus que 4 %	3,8	3,9	4,0	4,0	3,8	4,5
Plus que 5 %	2,7	2,6	2,6	2,9	2,7	3,0

Source: Statistique Canada, Enquête sur les dépenses des ménages, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001 et 2002.

Notes : Le revenu après-impôt est le revenu total moins l'impôt des particuliers payé.
Les dépenses consacrées aux médicaments prescrits comprennent uniquement les médicaments prescrits achetés par les ménages.
Les médicaments en vente libre et les médicaments payés par le gouvernement ou par les compagnies d'assurance ne sont pas inclus.
Les primes des régimes de soins de santé ne sont pas incluses.
Si le coût des médicaments prescrits est couvert par le régime mais que le ménage paie un certain pourcentage, le coût imputé au ménage est inclus dans la table ci-dessus.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Il existe aussi plusieurs raisons pour lesquelles les ménages peuvent dépenser plus que le montant maximum payé en vertu du régime d'assurance-médicaments provincial, y compris les suivantes :

- L'Enquête sur les dépenses des ménages est une enquête sur les ménages. Par conséquent les familles multiples ou un certain nombre de personnes non apparentées (des co-locataires, par exemple) peuvent constituer un ménage.
- Dans certains cas, on peut avoir déclaré les primes d'assurance inhérentes à un régime d'assurance-médicaments provincial comme des dépenses consacrées aux médicaments prescrits.
- Les ménages peuvent habiter dans plus d'une province pendant la période visée par l'enquête mais seront codés à titre de résidents de la province où ils habitaient au moment de leur participation à l'enquête.
- Les personnes qui changent de compagnie d'assurance peuvent négliger de demander la documentation requise à leur ancien assureur pour garantir qu'ils ne dépensent pas plus que le maximum admissible.
- Les dépenses consacrées aux médicaments prescrits des personnes vivant temporairement ailleurs que dans leur province d'attache peuvent ne pas être couvertes par un régime provincial.
- Les dépenses pourraient servir à acheter des médicaments prescrits qui ne font pas partie du registre provincial.

5 Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostiques

- Temps d'attente médian pour des tests de diagnostiques
- Distribution des temps d'attente pour des tests de diagnostiques

Description : Cet indicateur mesure le temps d'attente médian déclaré par les personnes ayant besoin de tests de diagnostiques, ainsi que la proportion de personnes qui déclarent avoir dû attendre pendant trois périodes de temps différentes avant d'obtenir les tests de diagnostiques désirés (moins d'un mois, d'un à trois mois et plus de trois mois). Le temps d'attente fait référence à la quantité de temps écoulé, en semaines, entre le moment où le patient a été aiguillé vers un service et le moment où ce patient a bel et bien obtenu le service au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête. Les patients qui n'avaient pas encore obtenu les tests (ou qui sont toujours en attente) ont été exclus de la définition de cet indicateur.

Définitions :

- **Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostics**
  Les temps d'attente désignent le nombre de semaines écoulées entre la date de l'aiguillage du patient vers un test de diagnostic et la date à laquelle le test est subi durant les 12 mois précédant l'enquête. Le temps d'attente médian représente le 50^{e} percentile de la distribution des délais : la moitié des patients attendent moins longtemps et l'autre moitié plus longtemps que le nombre médian de semaines. Les patients qui n'ont pas encore subi le test sont exclus du calcul de l'indicateur. *Nota : Les tests de diagnostiques comprennent les IRM non urgents, les tomodensitogrammes et les angiographies seulement.*

- **Distribution des temps d'attente pour des tests de diagnostiques.**
  Les temps d'attente désignent le délai, en nombre de semaines, qui s'est écoulé entre la date de l'aiguillage du patient vers un test de diagnostique et la date à laquelle le patient a subi le test. L'indicateur est le pourcentage des patients ayant besoin de tests de diagnostiques qui ont attendu moins d'un mois, d'un à trois mois ou plus de trois mois pour subir le test, au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête. Les patients qui n'ont pas encore subi le test ont été exclus du calcul de l'indicateur.

Canada

Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostiques

Temps d'attente médian, Canada, 2001 et 2003*

	2001	2003
Semaines	3,0**	3,0

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé, 2001et 2003.

Notes . Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu besoin de tests de diagnostiques au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
Les tests de diagnostiques comprennent uniquement les examens IRM, les tomodensitogrammes et les angiographies de nature non urgente.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les données de l'Enquête sur l'accès aux services de santé ne s'appliquent pas aux territoires.
**Utiliser avec prudence (grande variabilité au niveau de l'échantillonnage).

Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostiques

Distribution des temps d'attente, Canada, 2001 et 2003*

	2001	2003
Moins d'un mois	54,7	57,5
D'un à trois mois	36,1	31,1
Plus de trois mois	9,1**	11,5

Source: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé, 2001et 2003.

Notes : Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu besoin d'un test de diagnostique particulier au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
Les tests de diagnostiques comprennent uniquement les examens IRM, les tomodensitogrammes et les angiographies de nature non urgente.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les données de l'Enquête sur l'accès aux services de santé ne s'appliquent pas aux territoires.
**Utiliser avec prudence (grande variabilité des données).

6 Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire

Description : Cet indicateur mesure les taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants en rapport avec des affections chroniques qui peuvent souvent être traitées dans le milieu comme le diabète, l'asthme, l'alcoolisme et les toxicomanies, les névroses, la dépression et les affections hypertensives. Une réduction des taux d'hospitalisation liés à des conditions propices au traitement ambulatoire s'avère désirable.

Définition : Taux d'hospitalisation en soins de courte durée ajusté en fonction de l'âge pour des conditions où des soins ambulatoires appropriés évitent ou réduisent la nécessité d'une hospitalisation.

Canada

Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 1995–1996 à 2001–2002

Année	Deux sexes	Hommes	Femmes
1995–1996	503	513	492
1996–1997	463	475	450
1997–1998	447	461	431
1998–1999	411	425	397
1999–2000	401	418	383
2000–2001	370	389	352
2001–2002	346	367	325

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière; Statistique Canada, Recensement; Institut de la Statistique du Québec.

Notes : Taux d'hospitalisation des patients pour 100 000 habitants.
Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Premières nations

Se fondant sur les données provinciales de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada estime que les hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire sont de 4 à 5 fois plus élevées chez les membres des Premières nations et des Inuits que chez le reste de la population canadienne. Compte tenu des difficultés inhérentes à la production de rapports, ce ratio englobe toutes les Premières nations (dans les réserves et à l'extérieur des réserves). Un tiers environ des Premières nations vivant dans les réserves sont isolées à divers degrés. Il importe de noter que ces chiffres tiennent compte du fait qu'une personne peut être admise à l'hôpital plus d'une fois dans l'année.

Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire (données non vérifiées)

Premières nations (dans les réserves et à l'extérieur des réserves) (standardisé selon l'âge), 1995–1996 à 2000–2001*

Année	Deux sexes
1995–1996	2 196
1996–1997	2 104
1997–1998	2 057
1998–1999	1 847
1999–2000	1 659
2000–2001	1 567

Sources : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; Santé Manitoba; Santé Saskatchewan; British Columbia Ministry of Health Planning.

Notes: Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Taux d'hospitalisation des patients pour 100 000 habitants.
Il faut être prudent lorsqu'on tente de généraliser des caractéristiques des trois provinces incluses dans ces données à l'ensemble de la population des Premières nations du Canada.
Pour d'autres renseignements sur les limites des données, aller à :
<http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ppas/ias/publications/profil_statistique.htm>.

*Les données sur les Premières nations s'appliquent uniquement à la Colombie-Britannique, à la Saskatchewan et au Manitoba.

7 Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus

Description : La satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus fait référence au pourcentage de la population ayant reçu des services de soins de santé au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête et qui se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services fournis.

Définition : Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui se dit soit très satisfaite, soit assez satisfaite des services de santé en général qu'elle a reçus.

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Canada

Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003

	Pourcentage de la population se disant très satisfaite ou assez satisfaite du mode de prestation des services reçus	
	2000–2001	**2003**
Deux sexes	84,4	84,9
Hommes	84,2	85,0
Femmes	84,5	84,8

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des services de soins de santé au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Premières nations

Les données sur les Premières nations relatives à cet indicateur proviennent du sondage d'opinion publique « Ce que les Premières nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé » (2004) mené par l'Organisation nationale de la santé autochtone auprès de quelque 1 200 répondants. Même si les questions ne sont pas conformes aux exigences qui sous-tendent les rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004, elles s'orientent autour d'enjeux semblables.

Évaluation des services de soins de santé reçus au cours de la dernière année (données non vérifiées)

Premières nations dans les réserves, 2002

	Pourcentage des répondants
Évaluation positive	67

Source : Organisation nationale de la santé autochtone, « Ce que les Premières nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé », 2004.

Notes : L'expression « Évaluation positive » fait référence aux cotes « excellente » ou « bonne » à l'égard de la qualité des services de soins de santé reçus. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

International

La table suivante ne respecte pas les exigences relatives aux rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004 mais examine des enjeux semblables.

Satisfaction à l'égard des soins de santé (données non vérifiées)

Pays choisis

Pays	Pourcentage de la population croyant qu'il faut instaurer des réformes en tant que reflet du degré de satisfaction à l'égard du régime de soins de santé		
	Réforme entière requise	Changements fondamentaux requis	Changements mineurs requis
Japon	6	47	29
France	10	42	41
Allemagne de l'Ouest	11	55	30
Canada	18	59	21
Royaume-Uni	18	60	21
États-Unis	28	51	18
Italie	40	46	12

Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé, 2004.

Notes : Les données sur la France, l'Italie et le Japon datent de 1988–1991; les données sur l'Allemagne de l'Ouest datent de 1994; les données sur le Canada, le R.-U. et les É.-U. datent de 2001.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

8 Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires

Description : La satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires reflète le pourcentage de population ayant eu recours à des soins de santé communautaires au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête et au nombre de gens qui se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services.

Définition : Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui se dit très satisfaite ou assez satisfaite des services de soins de santé communautaires reçus. La définition par l'ESCC des soins de santé communautaires comprend les soins de santé reçus en dehors d'un hôpital ou du cabinet d'un médecin (p. ex., soins infirmiers à domicile, counselling ou thérapie à domicile, soins personnels, clinique communautaire sans rendez-vous).

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Canada

Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003

	Pourcentage de la population se disant très satisfaite ou assez satisfaite du mode de prestation des services reçus	
	2000–2001	**2003**
Deux sexes	81,6	83,0
Hommes	80,0	84,5
Femmes	82,7	82,0

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des soins de santé communautaires au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête, hormis ceux offerts par l'entremise d'un hôpital ou d'un cabinet de médecin.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

9 Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé

Description : La satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé reflète le pourcentage de population ayant eu recours à un service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou à un service d'info-santé au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête, et au nombre de gens qui se sont déclarés « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services rendus.

Définition : Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui se dit très satisfaite ou assez satisfaite du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Canada

Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2003

	Pourcentage de la population se disant très satisfaite ou assez satisfaite du mode de prestation des services reçus
Deux sexes	83,7
Hommes	86,0
Femmes	82,7

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu recours au service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou aux services info-santé au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
Il n'existe pas de service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou de services info-santé au Nunavut et au Yukon.
Le service de ligne d'information téléphonique regroupe les lignes directes sur la santé et les services de télé-santé offerts par le personnel infirmier et autres professionnels de la santé. Il doit y avoir une interaction directe. Par conséquent, les services automatisés ont été exclus dans le cas de cet indicateur.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

10 Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers

Description : Le taux de satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers mesure le pourcentage de population ayant eu recours aux soins hospitaliers au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête, et au nombre de gens qui se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services rendus.

Définition : Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui se dit très satisfaite ou assez satisfaite de la façon dont les services hospitaliers ont été fournis.

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Canada

Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003

	Pourcentage de la population se disant très satisfaite ou assez satisfaite du mode de prestation des services reçus	
	2000–2001	**2003**
Deux sexes	78,5	81,1
Hommes	78,7	80,7
Femmes	78,0	81,2

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des soins hospitaliers au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
Fait référence aux plus récents soins hospitaliers reçus.
Il faut interpréter avec prudence les résultats car une partie des différences peut tenir au mode de cueillette de données auprès des répondants (c.-à-d. par téléphone ou en personne).
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

11 Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin

Description : La satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin reflète le pourcentage de population ayant eu recours aux services d'un médecin au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête, et au nombre de personnes qui se disaient « très satisfaites » ou « assez satisfaites » du mode de prestation des services rendus.

Définition : Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui se dit très satisfaite ou assez satisfaite des soins reçus d'un médecin, soit un médecin de famille ou un médecin spécialiste (à l'exclusion des services reçus dans un hôpital).

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Canada

Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003

	Pourcentage de la population se disant très satisfaite ou assez satisfaite du mode de prestation des services reçus	
	2000–2001	**2003**
Deux sexes	90,7	91,4
Hommes	90,4	91,7
Femmes	90,8	91,0

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des soins d'un médecin de famille ou d'un autre médecin au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête, sauf ceux qui peuvent avoir été offerts lors d'une visite à l'hôpital et les services obtenus à l'occasion d'une visite à l'hôpital.
Ceci s'applique aux plus récents soins reçus d'un médecin.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Premières nations

Les données sur les Premières nations relatives à cet indicateur proviennent du sondage d'opinion publique « Ce que les Premières nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé » (2004) mené par l'Organisation nationale de la santé autochtone auprès de quelque 1 200 répondants. Même si les questions ne sont pas conformes aux exigences qui sous-tendent les rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004, elles s'orientent autour d'enjeux semblables.

Premières nations — Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin (données non vérifiées)

Parmi les 67 % des répondants qui ont donné une « Évaluation positive »* à la qualité des soins de santé reçus, 15 % disent avoir donné cette cote parce que le médecin qui leur a fourni les soins était « bon/facile d'accès ».

Source : Organisation nationale de la santé autochtone, « Ce que les Premières nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé », 2004.

Notes : Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*L'expression « Évaluation positive » fait référence aux cotes « excellente » ou « bonne » à l'égard de la qualité des services de soins de santé reçus.

12 Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS)

- Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) de l'ensemble de la population
- Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) selon le revenu

Description : L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) est un indicateur qui reflète l'état de santé général de la population. Il représente le nombre prévu d'années équivalent aux années pendant lesquelles une personne peut s'attendre à vivre en bonne santé, à partir de la situation moyenne d'une population. Les tendances relatives à l'EVAS devraient être analysées dans le contexte des tendances qui affectent l'espérance de vie (EV). Si l'EVAS augmente plus que l'EV au fil du temps, on peut conclure, de fait, que les années d'espérance de vie additionnelles sont plus souvent des années de bonne santé. La mesure de l'EVAS peut s'appliquer à l'ensemble de la population ou à des ménages faisant partie de catégories de revenu particulières.

Définition : L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) est un indicateur de la santé globale de la population. Il combine les deux mesures suivantes en une seule: l'état de santé en fonction de l'âge et le sexe et la mortalité en fonction de l'âge et du sexe. L'EVAS représente le nombre d'années pendant laquelle une personne peut s'attendre à vivre en parfaite santé basé sur l'expérience moyenne d'une population. Dans un sens, EVAS n'est pas seulement une mesure de quantité de vie mais aussi une mesure de la qualité de vie.

Avis au lecteur : L'EVAS est un indicateur relativement nouveau qui repose sur un certain nombre d'hypothèses importantes aux fins d'interprétation de l'EVAS.

Canada

Espérance de vie ajustée en fonction de la santé

Selon le sexe et selon le tercile de revenu, à la naissance et à 65 ans, Canada, 2001

Groupe d'âge	Sexe	Catégorie de revenu	2001
À la naissance	Hommes	Toutes les catégories de revenu	68,3
		Revenu le plus faible	65,8
		Revenu moyen	68,6
		Revenu le plus élevé	70,5
	Femmes	Toutes les catégories de revenu	70,8
		Revenu le plus faible	69,1
		Revenu moyen	70,8
		Revenu le plus élevé	72,3
À 65 ans	Hommes	Toutes les catégories de revenu	12,7
		Revenu le plus faible	12,0
		Revenu moyen	12,9
		Revenu le plus élevé	13,3
	Femmes	Toutes les catégories de revenu	14,4
		Revenu le plus faible	14,2
		Revenu moyen	14,3
		Revenu le plus élevé	14,7

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès; Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001; Recensement de 2001.

Notes : Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.
Pour d'autres renseignements sur l'EVAS, aller à : <http://www.statcan.ca/evas>.

13 Prévalence du diabète

Description : Cet indicateur fait état du pourcentage d'individus de 20 ans et plus atteints de tous les types de diabète.

Définition : Taux de prévalence du diabète parmi les utilisateurs des services de santé, par 100 habitants.

Canada

Prévalence du diabète (tous les types)

Selon le sexe et selon des groupes d'âge choisis, Canada, 1997–1998 à 1999–2000*

	Pourcentage de la population âgée de 20 ans et plus								
	1997–1998			1998–1999			1999–2000		
Groupe d'âge	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes
20–29	0,6	0,4	0,7	0,7	0,5	0,8	0,7	0,5	0,9
30–39	1,2	1,0	1,4	1,3	1,1	1,6	1,5	1,2	1,8
40–49	2,4	2,6	2,2	2,6	2,9	2,4	2,8	3,0	2,6
50–54	4,9	5,7	4,1	5,3	6,2	4,5	5,6	6,4	4,7
55–59	7,1	8,3	6,0	7,7	9,0	6,5	8,1	9,5	6,8
60–64	9,4	10,7	8,1	10,3	11,9	8,9	10,9	12,5	9,3
65–69	11,5	12,9	10,2	12,5	14,1	11,0	13,2	14,9	11,5
70–74	12,9	14,5	11,7	14,1	15,9	12,7	15,0	16,9	13,5
75–79	13,2	14,8	12,1	14,5	16,3	13,2	15,5	17,4	14,2
80–84	12,5	14,0	11,6	13,8	15,4	12,8	14,8	16,7	13,7
85+	10,1	11,5	9,5	11,3	12,8	10,6	12,2	13,8	11,5
Total	**4,3**	**4,5**	**4,1**	**4,8**	**5,0**	**4,6**	**5,1**	**5,4**	**4,9**

Source : Santé Canada, Système national de surveillance du diabète (SNSD).

Notes : Les données sur la prévalence du diabète publiées en 2004 s'appliquent à la même période (1999-2000) que celle visée dans *Les Canadiens en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*. Cependant, les données contenues dans ce (2004) rapport son finales et intègrent les données sur les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.
Les futurs rapports tiendront compte des nouvelles donnée disponibles.
Tous les types de diabète sont inclus : le diabète Type 1, le diabète Type 2 et le diabète gestationnel.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Ne comprend pas le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador.

Premières nations et Inuits

Les groupes d'âge diffèrent de ceux précisés dans les exigences relatives aux données des rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004.

Prévalence du diabète déclaré (tous les types) (données non vérifiées)

Selon le sexe et selon des groupes d'âge choisis, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves) et Inuits (hors réserve), 2001*

Groupe d'âge	Indiens de l'Amérique du Nord			Inuits		
	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes
15–24	1,6	#	2,5	..	..	..
25–34	6,7	3,9	9,2	..	..	..
35–44	10,9	8,1	13,6	..	..	..
45–54	19,3	16,6	22,7	..	..	..
55–64	32,0	27,0	37,4	..	..	..
65+	32,6	28,4	35,9	..	..	..
Total	**11,5**	**8,9**	**14,0**	**2,3**	**1,8****	**2,8****

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones (EPA), 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : La population des Indiens de l'Amérique du Nord réunit les personnes qui s'identifient comme des Indiens de l'Amérique du Nord (réponse simple ou combinée avec les Métis et/ou les Inuits).
Il faut user de prudence au moment de généraliser les caractéristiques des réserves ayant participé à l'EPA en fonction de l'ensemble de la population dans les réserves au Canada. Tout regroupement des données de l'EPA sur les réserves ne s'applique qu'aux réserves ayant participé à l'EPA. Il ne faut pas tenir pour acquis qu'elles reflètent l'ensemble de la population vivant dans les réserves.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.
Pour d'autres renseignements sur l'EPA, aller à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-591-XIF/free_f.htm>.

*Réserves participantes choisies.
**Utiliser avec prudence (grande variabilité des données).
.. Indique qu'il n'y a pas de données disponibles.
Données supprimées en vue de protéger la confidentialité.

On peut obtenir d'autres renseignements sur les Premières nations en consultant les résultats préliminaires de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002–2003 (auprès des adultes).

Prévalence du diabète déclaré (tous les types) (données non vérifiées)

Selon des groupes d'âge choisis, Premières nations (dans les réserves), 2002–2003

Groupe d'âge	Pourcentage
20–34	4
35–54	17
55+	36

Source : Organisation nationale de la santé autochtone, Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS), 2002–2003 (auprès des adultes).

Notes : Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.
Pour d'autres renseignements sur l'ERS, aller à : <http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_health.php>.

14 Auto-évaluation de la santé

Description : L'auto-évaluation de la santé mesure le pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui qualifie son état de santé comme étant « excellent » ou « très bon ».

Définition : Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui déclare être en bonne ou excellente santé.

Canada

Auto-évaluation de la santé

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 1994–1995 à 2003

		Pourcentage de la population qui évalue son état de santé comme étant très bon ou excellent		
Année		**Total**	**Pourcentage qui évalue son état de santé comme étant très bon**	**Pourcentage qui évalue son état de santé comme étant excellent**
1994–1995	**Deux sexes**	63,3	37,6	25,7
	Hommes	65,0	38,4	26,7
	Femmes	61,5	36,8	24,6
1996–1997	**Deux sexes**	63,9	38,6	25,4
	Hommes	65,3	38,8	26,5
	Femmes	62,5	38,4	24,1
1998–1999	**Deux sexes**	65,9	39,7	26,2
	Hommes	67,6	38,9	28,7
	Femmes	64,2	40,5	23,7
2000–2001	**Deux sexes**	62,5	36,3	26,2
	Hommes	63,6	36,0	27,5
	Femmes	61,4	36,6	24,9
2003	**Deux sexes**	59,6	36,6	23,0
	Hommes	60,3	36,6	23,7
	Femmes	59,0	36,7	22,3

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 1998-99; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Fondé sur les ménages de 12 ans et plus qui évaluent leur état de santé comme étant « excellent » ou « très bon ».
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Premières nations et Inuits

Les groupes d'âge applicables à cet indicateur diffèrent de ceux précisés dans les exigences relatives aux données des rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004.

Auto-évaluation de la santé (données non vérifiées)

Selon des groupes d'âge choisis, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves) et Inuits (hors réserve), 2001*

	Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves)	Inuits (hors réserve)
Groupe d'âge	Pourcentage de la population qui évalue son état de santé comme étant « très bon ou excellent »	
15–24	61,1	62,7
25–34	55,3	59,9
35–44	46,6	56,8
45–54	35,7	51,6
55–64	23,5	38,8
65+	16,7	28,6

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : La population des Inuits réunit les personnes qui s'identifient comme des Inuits de l'Amérique du Nord (réponse simple ou combinée avec les Indiens de l'Amérique du Nord et/ou les Métis).
La population des Indiens de l'Amérique du Nord réunit les personnes qui s'identifient comme des Indiens de l'Amérique du Nord (réponse simple ou combinée avec les Métis et/ou les Inuits).
La population à l'extérieur des réserves fait référence aux peuples autochtones qui n'habitent pas dans les réserves, à l'exception des Territoires du Nord-Ouest où la population autochtone dans les réserves et à l'extérieur des réserves a été prise en compte en entier.
Il faut user de prudence au moment de généraliser les caractéristiques des réserves ayant participé à l'EPA en fonction de l'ensemble de la population dans les réserves au Canada.
Tout regroupement des données de l'EPA sur les réserves ne s'applique qu'aux réserves ayant participé à l'EPA. Il ne faut pas tenir pour acquis qu'elles reflètent l'ensemble de la population vivant dans les réserves.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.
Pour d'autres renseignements sur l'EPA, aller à :
<http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-591-XIF/ free_f.htm>.

*Réserves participantes choisies.

International

La table suivante ne respecte pas les exigences relatives aux rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004 mais examine des enjeux semblables.

Auto-évaluation de la santé (données non vérifiées)

Selon le sexe, pays choisis

Pays	Pourcentage de la population qui évalue sa santé comme « bonne ou meilleure »	
	Hommes	Femmes
États-Unis	89,7	88,0
Canada	88,8	87,3
Royaume-Uni	78,5	77,1
France	75,2	71,1
Allemagne	68,3	64,0
Italie	65,6	55,5
Japon	43,1	38,4

Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé, 2004.

Notes : Les données sur l'Allemagne datent de 1998; les données sur l'Italie, le Japon et le Canada datent de 2001; les données sur la France, le R.-U. et les É.-U. datent de 2002. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

15 Taux de tabagisme chez les adolescents

- Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage d'adolescents qui fument actuellement
- Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage de jeunes qui fument tous les jours

Description : Cet indicateur fait état du pourcentage de la population de 12 à 19 ans (en tant que proportion de la population totale de ce groupe d'âge) qui déclarent fumer actuellement (fumeurs occasionnels et quotidiens) et du pourcentage de ceux qui déclarent fumer tous les jours.

Définition : Pourcentage de la population de 12 à 19 ans (inclusivement) qui déclare fumer actuellement (actuellement comprend ceux qui fument tous les jours ou occasionnellement) au moment de l'entrevue et pourcentage de la population de 12 à 19 ans (inclusivement) qui déclarait fumer tous les jours au moment de l'entrevue.

Canada

Taux de tabagisme chez les adolescents

Selon le sexe, Canada, 1994–1995 à 2003

		Pourcentage des adolescents de 12 à 19 ans qui déclarent fumer actuellement		
Année		**Total**	**Pourcentage qui déclarent fumer quotidiennement**	**Pourcentage qui déclarent fumer occasionnellement**
1994–1995	**Deux sexes**	20,9	13,6	7,3
	Hommes	18,5	12,2	6,3*
	Femmes	23,5	15,1	8,4*
1996–1997	**Deux sexes**	21,6	15,8	5,9
	Hommes	20,0	14,9	5,1
	Femmes	23,3	16,6	6,7
1998–1999	**Deux sexes**	19,4	15,2	4,2
	Hommes	16,5	13,2	3,3*
	Femmes	22,4	17,4	5,0*
2000–2001	**Deux sexes**	18,7	12,9	5,8
	Hommes	17,6	12,1	5,5
	Femmes	19,8	13,6	6,2
2003	**Deux sexes**	14,8	9,1	5,7
	Hommes	14,4	8,9	5,5
	Femmes	15,2	9,3	6,0

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003.

Notes : Les fumeurs actuels regroupent les personnes qui fument quotidiennement et occasionnellement. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Utiliser avec prudence (grande variabilité des données).

Premières nations et Inuits

Les groupes d'âge relatifs à cet indicateur diffèrent de ceux précisés dans les exigences relatives aux données des rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004.

Taux de tabagisme chez les adolescents (données non vérifiées)

Selon le sexe, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves) et Inuits (hors réserve), 2001*

	Indiens de l'Amérique du Nord			Inuits		
	Pourcentage qui sont des fumeurs actuels			Pourcentage qui sont des fumeurs actuels		
	Total	Fumeurs quotidiens	Fumeurs occasionnels	Total	Fumeurs quotidiens	Fumeurs occasionnels
Deux sexes	60,4	42,4	18,0	69,1	60,4	8,6
Hommes	59,1	42,1	17,1	66,4	58,4	8,0**
Femmes	61,7	42,7	19,2	71,5	62,2	9,2**

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : Le terme adolescent s'applique à toutes les personnes de 15 à 19 ans.
La population des Indiens de l'Amérique du Nord réunit les personnes qui s'identifient comme des Indiens de l'Amérique du Nord (réponse simple ou combinée avec les Métis et/ou les Inuits).
La population des Inuits réunit les personnes qui s'identifient comme des Inuits de l'Amérique du Nord (réponse simple ou combinée avec les Indiens de l'Amérique du Nord et/ou les Métis).
La population à l'extérieur des réserves fait référence aux peuples autochtones qui n'habitent pas dans les réserves, à l'exception des Territoires du Nord-Ouest où la population autochtone dans les réserves et à l'extérieur des réserves a été prise en compte en entier.
Il faut user de prudence au moment de généraliser les caractéristiques des réserves ayant participé à l'EPA en fonction de l'ensemble de la population dans les réserves au Canada. Tout regroupement des données de l'EPA sur les réserves ne s'applique qu'aux réserves ayant participé à l'EPA. Il ne faut pas tenir pour acquis qu'elles reflètent l'ensemble de la population vivant dans les réserves.
Les fumeurs actuels regroupent les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.
Pour d'autres renseignements sur l'EPA, aller à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-591-XIF/free_f.htm>.

*Réserves participantes choisies.
**Utiliser avec prudence (grande variabilité des données).

16 Activité physique

Description : L'activité physique sert à mesurer le pourcentage des membres de la population âgés de 12 ans et plus qui se déclarent actifs et qui se déclarent inactifs.

Définitions :

- Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui déclare un indice d'activité qualifié d'actif physiquement.
- Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui déclare un indice d'activité qualifié d'inactif physiquement.

Canada

Activité physique

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 1994–1995 à 2003

Année		Pourcentage de la population se déclarant « active »			Pourcentage de la population se déclarant « inactive »
		Pourcentage se déclarant active	Pourcentage se déclarant modérément active	Total	
1994–1995	Deux sexes	18,5	20,8	39,3	54,8
	Hommes	21,6	20,6	42,2	49,6
	Femmes	15,4	21,1	36,5	59,7
1996–1997	Deux sexes	20,1	21,9	42,1	54,9
	Hommes	23,0	21,5	44,5	51,4
	Femmes	17,3	22,5	39,8	58,1
1998–1999	Deux sexes	22,1	23,8	45,9	50,9
	Hommes	24,7	24,6	49,3	46,7
	Femmes	19,6	23,1	42,7	54,8
2000–2001	Deux sexes	21,4	21,6	43,0	48,6
	Hommes	24,0	21,1	45,0	43,8
	Femmes	18,9	22,3	41,2	53,1
2003	Deux sexes	26,7	24,3	51,0	46,4
	Hommes	30,3	23,5	53,8	42,9
	Femmes	23,2	25,1	48,3	49,6

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 à 1998–1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : « Actives » décrit les personnes qui déclarent des niveaux combinés d'activité physique qui les situent parmi les personnes physiquement actives (≥3,0 kcal/kg/jour) et modérément actives (1,5–2,9 kcal/kg/jour).
« Inactives » décrit les personnes qui déclarent un niveau d'activité physique qui les situe parmi les personnes inactives (<1,5 kcal/kg/jour).
Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Comprend les ménages de 12 ans et plus qui décrivent leur niveau d'activité physique en réponse à des questions concernant la fréquence, la durée et l'intensité des activités physiques qu'ils pratiquent pendant leurs heures de loisirs.
Il faut interpréter avec prudence les résultats car une partie des différences peut tenir au mode de cueillette de données auprès des répondants (c.-à-d. par téléphone ou en personne).
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

17 Indice de masse corporelle

Description : Cet indicateur mesure le pourcentage de la population de 18 ans et plus (à l'exception des femmes enceintes) dont l'indice de masse corporelle (IMC) mesuré s'inscrit dans l'une des quatre catégories suivantes : insuffisance pondérale, poids acceptable, surcharge pondérale ou obésité. La catégorie sur l'obésité se subdivise en trois classes : obèse I, obèse II et obèse III.

Définition : Pourcentage des adultes déclarant un indice de masse corporelle [calculé] dans des catégories définies, allant de poids insuffisant à poids excessif.

L'indice de masse corporelle (IMC) se calcule à partir du poids et de la taille autodéclarés pour des personnes de 18 ans et plus, à l'exception des femmes enceintes. En raison du taux de croissance différent des personnes de moins de 18 ans, l'IMC courant n'est pas réputé un indicateur adéquat pour ce groupe. L'IMC est calculé en divisant le poids (en kilos) par la taille (en mètres) au carré.

Canada

Indice de masse corporelle

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2003

	Pourcentage de la population avec une insuffisance pondérale (IMC inférieur à 18,5)	Pourcentage de la population avec un poids acceptable (IMC 18,5–24,9)	Pourcentage de la population avec une surcharge pondérale (IMC 25,0–29,9)	Pourcentage de la population obèse (IMC 30,0 ou plus)			
				Obèse total	Obèse I (IMC 30,0–34,9)	Obèse II (IMC 35,0–39,9)	Obèse III (IMC 40,0 ou plus)
Deux sexes	2,8	47,8	32,4	14,5	10,7	2,7	1,1
Hommes	1,2	42,2	40,3	15,6	12,1	2,6	0,9
Femmes	4,5	53,5	24,5	13,3	9,2	2,7	1,4

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Comprend les ménages de 18 ans et plus, à l'exclusion des femmes enceintes et des personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètre) de haut ou de plus de 6 pieds, 11 pouces (2,108 mètres) de haut.
Il faut interpréter avec prudence les résultats car une partie des différences peut tenir au mode de cueillette de données auprès des répondants (c.-à-d. par téléphone ou en personne).
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Premières nations et Inuits

Indice de masse corporelle (données non vérifiées)

Selon le sexe, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves) et Inuits (hors réserve), 2001*

	Indiens de l'Amérique du Nord				Inuits			
	Insuffisance pondérale	Poids acceptable	Surcharge pondérale	Obèse	Insuffisance pondérale	Poids acceptable	Surcharge pondérale	Obèse
Deux sexes	1,1	23,5	32,7	27,8	1,4**	29,3	29,1	18,2
Hommes	0,8	23,1	37,6	26,3	1,0**	28,6	35,5	16,7
Femmes	1,3	23,8	27,6	29,4	1,8**	30,1	22,6	19,6

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : Pourcentages bruts (non-standardisés selon l'âge).
Les données excluent les réponses non fournies ou invalides quant à la hauteur.
Les calculs liés à la catégorie « insuffisance pondérale » ont un écart-type relatif élevé et on doit user de prudence lorsqu'on cherche à les interpréter.
La population des Indiens de l'Amérique du Nord réunit les personnes qui s'identifient comme des Indiens de l'Amérique du Nord (réponse simple ou combinée avec les Métis et/ou les Inuits).
La population des Inuits réunit les personnes qui s'identifient comme des Inuits de l'Amérique du Nord (réponse simple ou combinée avec les Indiens de l'Amérique du Nord et/ou les Métis).
La population à l'extérieur des réserves fait référence aux peuples autochtones qui n'habitent pas dans les réserves, à l'exception des Territoires du Nord-Ouest où la population autochtone dans les réserves et à l'extérieur des réserves a été prise en compte en entier.
Il faut user de prudence au moment de généraliser les caractéristiques des réserves ayant participé à l'EPA en fonction de l'ensemble de la population dans les réserves au Canada. Tout regroupement des données de l'EPA sur les réserves ne s'applique qu'aux réserves ayant participé à l'EPA. Il ne faut pas tenir pour acquis qu'elles reflètent l'ensemble de la population vivant dans les réserves.
La définition de population ne tient pas compte des personnes dont l'âge n'est pas déclaré ou est invalide, les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes et les personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètre) de haut ou de plus de 6 pieds, 11 pouces (2,108 mètres) de haut.
Cette table illustre la prévalence des quatre catégories d'indice de masse corporelle (IMC) internationales : insuffisance pondérale (18,5 ou moins); poids acceptable (18,6 à 24,9); surcharge pondérale (25 à 29,9); et obèse (30 et plus).
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.
Pour d'autres renseignements sur l'EPA, aller à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-591-XIF/free_f.htm>.

*Réserves participantes choisies.
**Utiliser avec prudence (grande variabilité des données).

On peut obtenir d'autres renseignements sur les Premières nations en consultant les résultats préliminaires de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002–2003 (auprès des adultes).

Répartition des résultats liés à l'indice de masse corporelle (IMC) (données non vérifiées)

Selon des groupes d'âge choisis, Premières nations (dans les réserves), 2002–2003

	Pourcentage de la population			
Groupe d'âge	**Insuffisance pondérale (IMC <18,5)**	**Poids acceptable (IMC 18,5–24,99)**	**Surcharge pondérale (IMC 25–29,99)**	**Obèse (IMC ≥30)**
18–34	1,4	36,0	35,8	26,7
35–54	0,6	18,3	38,6	42,5
55+	1,1	19,0	38,6	41,3
Total (18+)	**1,0**	**26,1**	**37,4**	**35,5**

Source: Organisation nationale de la santé autochtone, Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002–2003 (auprès des adultes).

Notes : Population de 18 ans et plus, à l'exception des femmes enceintes.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.
Pour d'autres renseignements sur l'ERS, aller à : <http://www.naho.ca/firstnations/french/first_nation_regional.php>.

International

La table suivante ne respecte pas les exigences relatives aux rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004 mais examine des enjeux semblables.

Poids corporel et composition corporelle (données non vérifiées)

Selon le sexe, pays choisis

Pays	**Pourcentage de la population obèse (IMC >30)**	
	Hommes	**Femmes**
Japon	3,4	3,8
Italie	8,8	8,4
France	9,7	9,1
Allemagne	12,1	11,0
Canada	16,0	13,9
Royaume-Uni	22,1	22,8
États-Unis	27,7	34,0

Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé 2004.

Notes : Les données sur l'Allemagne et les États-Unis datent de 1999; les données sur l'Italie datent de 2000; les données sur le Canada datent de 2001; les données sur la France, le Japon et le R.-U. datent de 2002.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

18 Vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus (« vaccin antigrippal »)

Description : Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes de 65 ans et plus qui ont déclaré avoir eu un vaccin antigrippal au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Définition : Proportion de la population âgée de 65 ans et plus qui déclare avoir reçu un vaccin contre l'influenza au cours de la dernière année.

Canada

Vaccination contre la grippe chez les 65+

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 1996–1997, 2000–2001 et 2003

	Année	Pourcentage de la population qui déclare avoir reçu un vaccin antigrippal il y a moins d'un an	Pourcentage de la population qui déclare avoir reçu un vaccin antigrippal il y a un an ou plus	Pourcentage de la population qui déclare n'avoir jamais reçu de vaccin antigrippal
Deux sexes		47,8	11,2	34,8
Hommes	**1996–1997**	47,1	10,2	34,4
Femmes		48,4	12,0	35,0
Deux sexes		62,9	7,7	23,7
Hommes	**2000–2001**	60,5	7,3	23,8
Femmes		64,8	7,8	23,7
Deux sexes		62,1	10,3	20,6
Hommes	**2003**	61,2	9,8	20,5
Femmes		62,9	10,7	20,5

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Comprend les ménages de 65 ans et plus qui précisent quand ils ont reçu leur dernier vaccin contre la grippe (« vaccin antigrippal »).
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

International

La table suivante ne respecte pas les exigences relatives aux rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004 mais examine des enjeux semblables.

Vaccination contre la grippe (données non vérifiées)

Pays choisis

Pays	Pourcentage de la population de 65 ans et plus ayant reçu un vaccin antigrippal au cours des 12 derniers mois
Royaume-Uni	71,0
États-Unis	65,8
France	65,0
Canada	63,0
Italie	60,1
Allemagne	55,8
Japon	35,4

Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé 2004.

Notes : Les données sur le Canada datent de 2000; les données sur la France et l'Allemagne datent de 2001; les données sur l'Italie, le Japon et les États-Unis datent de 2002; les données sur le Royaume-Uni datent de 2003.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Liste des 70 indicateurs

Rapport fédéral de 2004

Secteurs prioritaires, indicateurs et sous-indicateurs

Soins de santé primaires

1. Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis **(Sélectionné)**
2. Difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé **(Sélectionné)**
3. Difficulté à obtenir des soins immédiats **(Sélectionné)**
4. Proportion de la population qui dit avoir un médecin régulier
5. Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus **(Sélectionné)**
6. Perception qu'ont les patients de la qualité des services de soins de santé reçus
7. Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires **(Sélectionné)**
8. Perception qu'ont les patients de la qualité des soins de santé communautaires
9. Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé **(Sélectionné)**
10. Perception qu'ont les patients de la qualité du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé
11. Proportion de la population qui dit avoir communiqué avec le service d'information téléphonique sur la santé ou les services info-santé
12. Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire **(Sélectionné)**
13. Proportion de la population féminine de 18 à 69 ans qui a subi au moins un test de PAP au cours des trois années précédentes
14. Proportion de femmes de 50 à 69 ans qui ont obtenu une mammographie au cours des deux années précédentes

Soins à domicile

15. Personnes ayant reçu des soins à domicile par 100 000 habitants, tous les âges
16. Personnes âgées de 75 ans et plus ayant reçu des soins à domicile par 100 000 habitants

Autres programmes et services

17. Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien
    - Temps d'attente médian pour un pontage aortocoronarien
    - Distribution des temps d'attente pour un pontage aortocoronarien
18. Temps d'attente pour une arthroplastie totale de la hanche
    - Temps d'attente médian pour une arthroplastie totale de la hanche
    - Distribution des temps d'attente pour une arthroplastie totale de la hanche

19. Temps d'attente pour une arthroplastie totale du genou
    - Temps d'attente médian pour une arthroplastie totale du genou
    - Distribution des temps d'attente pour une arthroplastie totale du genou
20. Temps d'attente déclarés pour une chirurgie
    - Temps d'attente médian pour une chirurgie
    - Distribution des temps d'attente pour une chirurgie
21. Temps d'attente déclarés pour la consultation d'un médecin spécialiste
    - Temps d'attente médian pour la consultation d'un médecin spécialiste
    - Distribution des temps d'attente pour la consultation d'un médecin spécialiste
22. Taux de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM)
23. Taux de réadmission à la suite d'une pneumonie
24. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM)
25. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral
26. Taux de survie nette à 365 jours après un infarctus aigu du myocarde (IAM)
27. Taux de survie nette à 180 jours après un accident vasculaire cérébral
28. Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers (**Sélectionné**)
29. Perception qu'ont les patients de la qualité des soins hospitaliers

Couverture de médicaments onéreux et gestion des produits pharmaceutiques

30. Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu (**Sélectionné**)

Matériel diagnostique et médical

31. Temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer de la prostate
    - Temps d'attente médian pour la radiothérapie en cas de cancer de la prostate
    - Distribution des temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer de la prostate
32. Temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer du sein
    - Temps d'attente médian pour la radiothérapie en cas de cancer du sein
    - Distribution des temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer du sein
33. Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostiques (**Sélectionné**)
    - Temps d'attente médian pour des tests de diagnostiques
    - Distribution des temps d'attente pour des tests de diagnostiques

Ressources humaines en santé

34. Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin **(Sélectionné)**
35. Perception qu'ont les patients de la qualité des soins d'un médecin

Canadiens en santé

36. Espérance de vie
    - Espérance de vie de l'ensemble de la population
    - Espérance de vie selon le revenu
37. Espérance de vie ajustée en fonction de la santé **(Sélectionné)**
    - Espérance de vie ajustée en fonction de la santé de l'ensemble de la population
    - Espérance de vie ajustée en fonction de la santé selon le revenu
38. Mortalité infantile
39. Insuffisance de poids à la naissance
40. Taux de mortalité par cancer du poumon
41. Taux de mortalité par cancer de la prostate
42. Taux de mortalité par cancer du sein
43. Taux de mortalité par cancer colorectal
44. Taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde (IMC)
45. Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral
46. Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer du poumon
47. Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer de la prostate
48. Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer du sein
49. Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer colorectal
50. Taux d'incidence du cancer du poumon
51. Taux d'incidence du cancer de la prostate
52. Taux d'incidence du cancer du sein
53. Taux d'incidence du cancer colorectal
54. Années potentielles de vie perdues dues au suicide
55. Années potentielles de vie perdues dues aux blessures accidentelles
56. Taux d'incidence de la méningococcie invasive
57. Taux d'incidence de la rougeole
58. Taux d'incidence de la maladie invasive due à Haemophilus influenza type b (Hib)

59. Taux d'incidence de la tuberculose
60. Taux d'incidence de l'infection à E. Coli producteur de vérotoxine
61. Taux d'incidence de la chlamydiose génitale
62. Proportion de nouveaux cas signalés d'infection à VIH
63. Prévalence du diabète **(Sélectionné)**
64. Exposition à la fumée secondaire du tabac
65. Auto-évaluation de la santé **(Sélectionné)**
66. Taux de tabagisme chez les adolescents **(Sélectionné)**
    - Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage d'adolescents qui fument actuellement
    - Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage de jeunes qui fument tous les jours
67. Activité physique **(Sélectionné)**
68. Indice de masse corporelle **(Sélectionné)**
69. Vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus (« vaccin antigrippal ») **(Sélectionné)**
70. Prévalence de la dépression

Exclusions et limites relatives aux sources de données

Les paragraphes ci-dessous identifient les sources de données auxquelles on a puisé pour définir les 18 indicateurs sélectionnés présentés dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé — Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2004*, ainsi que les exclusions et les limites relatives aux bases de données pertinentes.

Statistique Canada

Enquête auprès des peuples autochtones (EPA) (données non vérifiées)

Exclusions et limites : Tous les résidents de logements collectifs (les logements collectifs comprennent les maisons de chambres et pension, les hôtels, les motels, les maisons de chambres pour touristes, les maisons de repos, les hôpitaux, les résidences de personnel, les quartiers communautaires (camps miliaires), les camps de travail, les prisons, les missions, les foyers de groupe, et ainsi de suite); toutes les personnes de 14 ans et moins; les personnes qui n'ont pas participé au Recensement de 2001; et les personnes qui ne se sont pas identifiées comme Autochtones ou d'ascendance autochtone ou comme membres d'une Première nation ou comme personnes inscrites en vertu de la *Loi sur les Indiens* ont été exclus de l'Enquête.

En raison du nombre élevé de collectivités des Premières nations du Québec qui ont refusé de participer à l'enquête, il n'existe pas de données provinciales sur les populations autochtones dans les réserves du Québec. En général, les données sur les personnes vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves ont été publiées séparément et il n'existe pas de données agrégées sur l'ensemble de la population autochtone au Canada. Les agrégats de données sur les réserves de l'EPA s'appliquent uniquement aux populations vivant dans les réserves qui ont participé à l'EPA et ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population vivant dans les réserves.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Exclusions et limites : Les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées ont été exclus de l'Enquête. Les personnes de moins de 12 ans n'ont pas été interviewées.

Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS), Supplément à l'ESCC

Exclusions et limites : Les personnes de moins de 15 ans, les personnes vivant au Nunavut, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées ont été exclus de l'Enquête.

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

Exclusions et limites : Les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées ont été exclus de l'échantillon de la composante sur les ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population.

La composante axée sur les établissements de l'Enquête nationale sur la santé de la population recueille des données sur les résidents à long terme (plus de six mois) d'établissements de soins comportant quatre lits ou plus. Les établissements qui offrent uniquement des soins à court terme, comme les centres de traitement pour toxicomanes, ont été exclus. Les établissements de santé situés dans les territoires, les réserves indiennes et les bases des Forces canadiennes, de même qu'à l'intérieur des organismes correctionnels, ont été exclus.

Enquête sur les dépenses des ménages

Exclusions et limites : Les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées ont été exclus de l'Enquête. Les données sur les territoires ne sont pas disponibles en raison de leur faible qualité.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)

Exclusions et limites : Les patients qui ne reçoivent pas de soins comme patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs (c'est-à-dire ceux qu'on soigne uniquement au service des urgences ou dans des établissements pour malades chroniques).

Une étude de seconde saisie conçue afin d'examiner la cohérence du codage pour l'indicateur **Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire** (**12-PC**) a donné un taux de divergence global de 10,8 %. Cependant, pour la majorité des dossiers divergents, un problème d'ASSA est apparu en tant que diagnostic dans le dossier du patient, mais non en tant que diagnostic principal. Seuls 13 des 272 dossiers de seconde saisie ne comptaient aucun problème d'ASSA dans les différents domaines de diagnostic. Près de la moitié de ces dossiers (six) avaient initialement été codés en tant que troubles névrotiques ou dépressifs et tous les dossiers en question ont été saisis de nouveau en tant que trouble mental, même si le trouble indiqué en seconde saisie ne se qualifiait pas strictement en tant qu'ASSA. Cet élément donne à penser que l'indicateur d'ASSA est invariablement codé et peut être comparé entre les administrations et au fil du temps, sauf dans un cas. Il faut faire preuve de prudence au moment de comparer les taux de 2001–2002 avec les taux des années précédentes pour les provinces utilisant la CIM-10-CA et la CCI. Il est important de noter qu'il se peut que certaines des différences ciblées ne découlent pas de la mise en œuvre de la CIM-10-CA et de la CCI, mais qu'elles soient le reflet d'autres facteurs, comme la mise en place ou le retrait de programmes et de services propres aux troubles composant l'indicateur.

Santé Canada

Système national de surveillance du diabète (SNSD)*

Exclusions et limites : Les personnes de moins de 20 ans et les provinces du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve-et-Labrador.

Avis au lecteur : Le lecteur devrait interpréter ces données avec prudence.

Divulgation des limites :

a) Trois types de diabète sont inclus dans la base de données : le diabète Type 1, le diabète Type 2 et le diabète gestationnel. Il est à noter que le diabète gestationnel n'est inclus que lorsqu'il est codé comme diabète sucré (CIM - code 250).

b) Les données publiées (1999–2000) font état d'un taux d'erreur de base de 20 % à 25 %.

c) Santé Canada et les experts nationaux identifiés par Santé Canada acceptent ce taux d'erreur.

d) Depuis 1997–1998, ces données accumulent de faux positifs, ce qui ne devrait pas avoir une grande incidence sur les données contenues dans le présent document. Santé Canada entend déployer des efforts pour réduire ces erreurs afin qu'au moment de publier les données de 2001–2002, cette accumulation ne prenne pas de l'importance.

e) Ce « taux d'erreur de base » tend à varier selon le groupe d'âge et selon le sexe.

Puisque les données se fondent sur les données administratives, leur qualité dépend de la précision de ces systèmes.

Les données ne doivent pas servir à analyser les tendances. Certaines des données utilisées pour produire les Rapports sur les indicateurs de la santé comparables de septembre 2002 peuvent avoir changé par suite de la mise à jour des chiffres provinciaux et territoriaux. Voilà pourquoi les tables de données fournies aux fins des Rapports sur les indicateurs de la santé comparables de novembre 2004 remplacent toutes les tables de données antérieures.

On observera de légères variantes dans les données lorsqu'on les comparera à celles d'autres publications fédérales, provinciales et territoriales en raison des délais mis à produire les rapports, des dates limites différentes et de la date d'accès aux projections démographiques de Statistique Canada.

---

*Maintenant situé à l'Agence de santé publique du Canada.

Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)

Enquête régionale longitudinale sur la santé (ERS) (Enquête auprès des adultes) (données non vérifiées)

Exclusions et limites : Les personnes de moins de 18 ans et les résidents du Nunavut ont été exclus de l'Enquête.

Les résultats s'appliquent uniquement aux membres des Premières nations dans les réserves et dans certaines collectivités à l'extérieur des réserves dans les territoires.

« Ce que les Premières nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé » (données non vérifiées)

Exclusions et limites : Les personnes de moins de 18 ans et les résidents du Nunavut* ont été exclus de l'Enquête.

Les résultats ne s'appliquent qu'aux membres des Premières nations participantes vivant au sein d'une collectivité des Premières nations ou près d'une collectivité des Premières nations. (Aux fins du présent rapport, une collectivité des Premières nations décrit une réserve indienne, telle que définie par la *Loi sur les Indiens* ou des terres de la Couronne désignées à l'usage des Premières nations ou habitées par les Premières nations.)

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

Données sur la santé de l'OCDE 2004 (données non vérifiées)

Exclusions et limites : Les personnes qui s'intéressent aux données comparatives transnationales sur les soins de santé doivent être sensibilisées à l'existence de graves lacunes au niveau des ententes internationales sur les méthodes statistiques. Un même terme peut faire référence à des réalités fort différentes dans l'un ou l'autre des 30 pays de l'OCDE. Malgré les efforts d'uniformisation engagés, la standardisation des statistiques sur la santé demeure un objectif et non une réalité. Les statistiques qui ont servi à produire les Données sur la santé de l'OCDE 2004 reflètent la situation qui existait au moment de la publication. Des efforts sont en cours pour les préciser et les améliorer d'année en année.

---

*On note certaines incongruités au niveau des exclusions présentées dans le document de l'ONSA et au site Internet de l'ONSA. Pour en savoir plus à ce sujet, communiquer avec l'Organisation nationale de la santé autochtone à : <http://www.naho.ca/french/>.